

Møte

Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF



Innkalling med saksdokumenter



Dato: 19. september 2022

Kl.: 08.30 til ca. 14.00

Sted: Teams

Regional brukerutvalg i Helse Nord RHF
- medlemmer og varamedlemmer

Cecilie Daae
Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Vår ref.:

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
25.8.2022

Møte i Regionalt brukerutvalg, den 19. september 2022 – innkalling

Vi viser til tidligere avtalt møteplan. I samråd med lederen for det Regionale brukerutvalget innkalles det herved til møte i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF

mandag, den 19. september 2022 – fra kl. 08.30
digitalt på Teams

Vedlagt følger saksdokumenter til dette møtet.

Eventuelle forfall bes meldt til undertegnede på tlf. 915 79 793 eller pr. e-post til cecilie.henriksen@helse-nord.no.

Vennlig hilsen

Cecilie Henriksen
rådgiver

Kopi: Adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord
Leder for brukerutvalgene i helseforetakene i Helse Nord
Brukerorganisasjonene i Nord-Norge
Pasientombudene i Nord-Norge

Møtedato: 19. september 2022

Vår ref.:
2022/140-18Saksbehandler:
Cecilie HenriksenDato:
12.9.2022**RBU-sak 63-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**

I samråd med lederen i det Regionale brukerutvalget inviteres RBU i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet, den 19. september 2022:

Sak 63-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side 1
Sak 64-2022	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 08. juni 2022, og ekstraordinære møter 21. juni 2022 og 02. september 2022	Side 3
Sak 65-2022	Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 80-2022 og 97-2022	Side 15
Sak 66-2022	Oppdragsdokument 2023 til helseforetakene - prosess	Side 41
Sak 67-2022	Regional utviklingsplan 2023-2038	Side 46
Sak 68-2022	Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 - mandat	Side 74
Sak 69-2022	Pasientreiser med rekvisisjon - høring	Side 82
Sak 70-2022	Tertialrapport nr. 1-2022	Side 157
Sak 71-2022	Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten - endringer i styring og oppfølging	Side 178
Sak 72-2022	Sykehusapotek Nord HF - oppnevning av representanter til brukerutvalget	Side 218
Sak 73-2022	Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern - oppnevning av representanter til referansegruppe og innspillsmøter	Side 225
Sak 74-2022	Orienteringssaker	Side 282
	1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i>	
	2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i>	
	3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i>	
	4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker	Side 283
	5. Forskning og innovasjon til pasientens beste – nasjonal rapport	Side 285
	6. Oppnevninger siden forrige RBU-møte	Side 325
	7. Brukerkonferansen 2022 – <i>mundlig</i>	
Sak 75-2022	Referatsaker	Side 329
	1. Ungdomsrådet Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 31. mai 2022	
	2. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 31. mai 2022	
	3. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 8. juni 2022	

4. Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset – referat 17.-19. juni 2022
5. Brukerutvalget i Helgelandssykehuset – referat 13. juni 2022
6. Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset – referat 15.-16. juni 2022
7. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 23. februar 2022
8. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 27. april 2022
9. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 25. mai 2022
10. Brukerutvalget i Nordlandssykehuset – referat 24. august 2022
11. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord 2. september 2022 – protokoll
12. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord 9. september 2022 – protokoll

Sak 76-2022 Eventuelt

Side 431

Forslag til vedtak

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

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Bodø, den 12. september 2022

Cecilie Daae
Adm. direktør

Møtedato: 19. september 2022

Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
12.9.2022

RBU-sak 64-2022

Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 8. og 21 juni og 2. september 2022

Forslag til vedtak

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

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 8. juni 2022, og ekstraordinære møter 21. juni 2022 og 2. september 2022 godkjennes.

Bodø, den 12. september 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg;

1. Protokoll fra møte i det regionale brukerutvalget 8. juni 2022
2. Protokoll fra ekstraordinært møte i det regionale brukerutvalget 21. juni 2022
3. Protokoll fra ekstraordinært møte i det regionale brukerutvalget 2. september 2022

Protokoll

Vår ref.:
2022/140-11Referent.:
Tina EitranDato:
8.6.2022

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	8. juni 2022
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø / Teams
Neste møte:	19. september 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Ernly Edvard Eriksen	medlem	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem – <i>deltok pr Teams</i>	Sametinget
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Marit Sørdal	medlem – <i>deltok pr Teams</i>	SAFO
Morten Markussen	medlem – <i>deltok pr Teams</i>	Kreftforeningen
Nikolai Raabye Haugen	medlem – <i>deltok pr Teams</i>	Unge funksjonshemmede
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Åse Senning	medlem	FFO
Cecilie Daae	administrerende direktør – <i>deltok under behandling av 55-2022/3</i>	Helse Nord RHF
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Kari Bøckmann	seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Hanne Sigrun Byhring	kst. seksjonsleder analyseseksjonen SKDE – <i>deltok under behandling av sak 51-2022</i>	Helse Nord RHF
Kristian Fanghol	seniorrådgiver – <i>deltok under behandling av sak 55-2022/5</i>	Helse Nord RHF
Mette Elisabeth Eriksen	Pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark – <i>deltok under behandling av sak 52-2022</i>	Kontor - Hammerfest
Odd Arvid Ryan	Pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark – <i>deltok under behandling av sak 52-2022</i>	Kontor - Tromsø

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette møtet i Regionalt brukerutvalg.

RBU-sak 49-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 49-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 50-2022	Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 13. mai 2022
Sak 51-2022	Helseatlas for kroniske sykdommer – nevrologiske tilstander
Sak 52-2022	Pasient- og brukerombudene i Nord-Norge – årsmelding 2021
Sak 53-2022	Møteplan 2023 – Regionalt brukerutvalg
Sak 54-2022	Oppnevning av arbeidsutvalg i det Regionale brukerutvalg 2022-2024
Sak 55-2022	Orienteringssaker 1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i> 2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i> 3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i> 4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker 5. Helsefellesskap i Nord-Norge – status - <i>mundlig</i>
Sak 56-2022	Referatsaker 1. Helgesamling ungdomsrådet Nordlandssykehuset 22. april 2022 – referat 2. Ungdomsrådet Universitetssykehuset Nord-Norge 25. april 2022 - referat 3. Brukerutvalget i Nordlandssykehuset 18. mai 2022 - referat
Sak 57-2022	Eventuelt

Vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

RBU-sak 50-2022 Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 13. mai 2022

Vedtak

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget, den 13. mai 2022 godkjennes.

RBU-sak 51-2022 Helseatlas for kroniske sykdommer – nevrologiske tilstander

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord tar informasjonen om Helseatlas for kroniske sykdommer - nevrologiske tilstander til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ser positivt på at Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har opprettet kontakt med relevante pasient- og brukerorganisasjoner. Regionalt brukerutvalg vil komme tilbake til SKDE med forslag om hvordan brukermedvirkning kan stykes og videreutvikles i arbeidet med helseatlas.

RBU-sak 52-2022 Pasient- og brukerombudene i Nord-Norge – årsmelding 2021

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg takker for orienteringen fra pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark og ser fram til neste besøk fra pasient- og brukerombudene i Nord-Norge.

RBU-sak 53-2022 Møteplan 2023 – Regionalt brukerutvalg

Vedtak:

Møter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
RBU -møter (12-14 dg før styremøter)	26		15	12 Teams	25	(14)			14	19 Teams	15 Tromsø	

RBU-sak 54-2022 Oppnevning av arbeidsutvalg i det Regionale brukerutvalg 2022-2024

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner følgende representanter til arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg i perioden 2022-2024:

A. Medlemmer:

1. Knut Hartviksen
2. Gunnhild Berglen
3. Nikolai Raabye Hauge
4. Marit Sjørdal

RBU-sak 55-2022 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundtlig*
 - *Gjennomgang av sakene til Beslutningsforum for nye metoder - 20. mai 2022.*
 - *Styringsgruppemøte Tarmscreeningsprogram - 23. mai 2022.*
 - *Møte i Beslutningsforum for nye metoder - 23. mai 2022.*
 - *Styret i Helse Nord RHF – tematime 24. mai 2022*
 - *Styremøte i Helse Nord RHF – 25. mai 2022*
 - *Regionalt styreseminar - 1. juni 2022*
 - *Samarbeidsorgan for utdanning 2. juni 2022*
 - *Styringsgruppemøte Regional utviklingsplan 2028 – 7. juni 2022*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundtlig*
 - *RBU's nestleder Gunnhild Berglen*
 - *Nasjonal styringsgruppe medisinsk koordinering ambulansefly (MKA) – 12. mai 2022*
 - *Kompetansegruppe ny rekvisisjonspraksis Pasientreiser 24. mai 2022*
 - *Brukerpanel digitale pasienttjenester - 30. mai 2022*
 - *Styringsgruppe digitale pasienttjenester – 2. juni 2022*
 - *Regionalt styreseminar i Helse Nord - 1. juni 2022*
 - *RBU-medlem Arne Vassbotn*
 - *KI radiologi – 23. mai 2022*
 - *SAMUT*
 - *RBU-medlem Kitt Anne Jorid Hansen*
 - *Møte i Brukerutvalget i Sykehusapotek Nord 30. mai 2022: Møte ble avlyst da kun et medlem møtte opp*
 - *RBU-medlem Ole-Marius Minde Johnsen*
 - *Komitémøte regionale innovasjonsmidler 2022 – 30. mai 2022*
 - *Styringsgruppemøte digitale innbygger- og samhandlingstjenester i Nord – 2. juni 2022*
 - *Vara-medlem Leif Birger Mækinen*
 - *USAM - 1. juni 2022: Vara for Gunnhild Berglen*
 - *Regional utviklingsplan 2038 styringsgruppemøte – 7. juni 2022*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundtlig*
 - *Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – informasjon om arbeidet*
 - *Omstillingsplaner i Helse Nord – informasjon om arbeidet og overordnet orientering om prioriteringer*
 - *Helikopterlandingsplasser – orientering om tildeling i revidert nasjonalbudsjett*
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker
5. Helsefelleskap i Nord-Norge – status – *mundtlig*
 - *Det ble orientert om status for helsefelleskapene i alle sykehusforetakene, og hvordan de enkelte helseforetakene samhandler med kommunene.*
 - *Innspill fra helsefelleskap/kommuner som ble sendt til Nasjonal helse- og samhandlingsplan tilgjengeliggjøres for Regionalt brukerutvalg.*
 - *Regionalt brukerutvalg blir invitert til konferanse.*

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 56-2022 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Helgesamling ungdomsrådet Nordlandssykehuset 22. april 2022 – referat
2. Ungdomsrådet Universitetssykehuset Nord-Norge 25. april 2022 - referat
3. Brukerutvalget i Nordlandssykehuset 18. mai 2022 - referat

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 57-2022 Eventuelt

A. Brukerutvalg i helseforetakene - organisering

RBU-medlem Ole-Marius Minde Johnsen oppfordret medlemmene i Regionalt brukerutvalg til å delta som observatør på noen brukerutvalgsmøter i helseforetakene.

Det ble foreslått at administrasjonene i Helse Nord har en dialog om hvordan man kan samkjøre organisering, maler og prosedyrer for brukerutvalgene i regionen, og dra erfaringer fra hverandre.

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ser verdien av lik utforming av maler i dokumentene fra brukerutvalgene i regionen.

B. Visjonsbilde for et digitalt 2035/38 – etablering av en innspillsgruppe

Det vises til *RBU-sak 32-2022 Visjonsbilde for et digitalt 2035/38 – etablering av en innspillsgruppe* som ble behandlet i RBU-møte 7. april 2022.

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF nedsetter en innspillsgruppe bestående av Gunnhild Berglen, Arne Vassbotn og Marit Sørdal.

C. NorTrials rådgivende gruppe - oppnevning

RBU-medlem Ole Marius Minde Johnsen har sagt seg villig til å stille som brukerrepresentant i rådgivende gruppe for NorTrials- satsingen. Det overordnede målet for NorTrials er å få flere pasienter inn i kliniske studier, samt flere kliniske studier til Norge.

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF oppnevner Ole Marius Minde Johnsen til NorTrials rådgivende gruppe.

D. Prosjekt ivaretagelse etter uønskede hendelser – oppnevning til referansegruppe

Helsedirektoratet har besluttet at det skal utarbeides et normerende produkt – dvs. faglige råd, retningslinje eller veileder – for bedre oppfølging og ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og ansatte etter uønskede hendelse. I forbindelse med dette arbeidet vil vi nå reetablere og forsterke referansegruppen fra forprosjektet, med ytterligere berørte interessenter. Vi ønsker en representant fra et regionalt brukerutvalg (RBU).

Bakgrunn: Hvert år er det mange pasienter som skades i helsetjenesten. Nær 13% av somatiske sykehusopphold gir en pasientskade. Det viktigste er å jobbe for at dette ikke skjer, og styrke pasientsikkerheten. Men når det skjer, berører det både pasienter og pårørende – og ansatte som er involvert. Det kan gi fysiske og psykiske ettervirkninger, det kan føre til frafall fra yrket og dårligere tillit til tjenesten. Mange steder har de gode rutiner og er flinke til å følge opp både de involverte, men variasjonen er stor. Samtidig er det fortsatt mange berørte som opplever mangel på informasjon, støtte og oppfølging samt at det i liten grad tilrettelegges for læring og at feil ikke gjentar seg.

Mål med prosjektet: Prosjekt er i tillegg til overholdelse av lovgivning, primært ment å være et kvalitetsløft. Det har som formål å bedre ivaretagelsen av pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell, noe som igjen bidrar til en bedre pasientsikkerhetskultur og færre skader. God ivaretagelse vil kunne gi gevinster på mange plan, ikke minst for de berørte som risikerer både fysisk og psykisk ettervirkninger. God ivaretagelse innebærer at alle involverte i en uønsket hendelse opplever å bli tatt på alvor, få tilrettelagt individuell støtte og oppfølging og få dele sine erfaringer slik at hendelsen bidrar til læring og forbedrer tjenesten. Vi antar at bedre ivaretagelse også vil styrke tilliten og omdømmet til tjenesten.

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF oppnevner Knut Hartviksen til referansegruppe for Prosjekt ivaretagelse etter uønskede hendelser.

Møtet ble hevet kl. 13.16

Bodø, den 8. juni 2022

*godkjent av Knut Georg Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 13. juni 2022 – kl. 06.29*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Protokoll

Vår ref.:

Referent.:
Tina EitranDato:
21.6.2022

Møtetype:	Ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	21. juni 2022
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø
Neste møte:	19. september 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Ernly Eriksen	medlem	SAFO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Leif Birger Mækinen	varamedlem - <i>stedfortreder for Arne Vassbotn</i>	FFO
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Morten Markussen	medlem	Kreftforeningen
Nikolai Raabye Haugen	medlem - <i>deltok fra klokken 13.00</i>	Unge funksjonshemmede
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Åse Senning	medlem	FFO
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Erik Arne Hansen	økonomidirektør	Helse Nord RHF
Tove Skjelvik	seniorrådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet

RBU-sak 58-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 58-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 59-2022	Økonomisk langtidsplan 2023-2026 - inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030
Sak 60-2022	Helseforetakenes omstillingsplaner

Vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

RBU-sak 59-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 - inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar *Økonomisk langtidsplan for Helse Nord 2023-2026, med rullering av investeringsplan 2023-2030* til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF er enige i de foretatte prioriteringene.
3. Regionalt brukerutvalg er opptatt av at bygging av UNN Åsgard får fortsette for å kunne ivareta denne pasientgruppen på en forsvarlig måte.
4. Regionalt brukerutvalg vil fremheve at særlig sårbare pasientgrupper, som de innenfor sikkerhets- og akuttpsykiatri og TSB, må skjermes for kutt som påvirker kapasitet og behandlingskvalitet.

RBU-sak 60-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjonen om helseforetakenes omstillingsplaner til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg er bekymret for at omstillingsarbeidet vil gå ut over behandlingen til særskilt sårbare pasientgrupper i regionen. Blant annet ved at stillingshjemler holdes vakant og at man ikke rekrutterer nødvendig kompetanse.
3. Regionalt brukerutvalg ber om at det opprettes et samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner for bedre informasjon om utnyttelse av behandlingskapasitet ved andre helseforetak enn det pasienten sokner til.
4. Regionalt brukerutvalg vil oppfordre til en mer proaktiv bruk av Pasientreiser og mulighet for overnatting på pasienthotell, for å utnytte behandlingskapasiteten bedre på tvers i regionen.

Bodø, den 21. juni 2022

*godkjent av Knut Georg Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 21. juni 2022 – kl. 13.36*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Protokoll

Vår ref.:
2022/140Referent.:
Tina EitranDato:
2.9.2022

Møtetype:	Ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	2. september 2022
Møtested:	Teams
Neste møte:	19. september 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Ernly Eriksen	medlem	SAFO
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Morten Markussen	medlem	Kreftforeningen
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Elen Valborg Vuolab	møtende vara <i>for medlem med forfall</i>	FFO
Leif Birger Mækinen	møtende vara <i>for medlem med forfall</i>	FFO
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Cecilie Henriksen	rådgiver	Helse Nord RHF
Espen Mælen Hauge	spesialrådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Åse Senning	medlem	FFO

RBU-sak 61-2022

Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 61-2022

Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 62-2022

Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Invitasjon til å gi skriftlig innspill

Vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

RBU-sak 62-2022

Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Invitasjon til å gi skriftlig innspill

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg utarbeider et notat til Helse Nord RHF's notat for tilbakemelding til Helse og samhandlingsplan, som omhandler følgende områder:

- a. For pasienter og pårørende er det én helsetjeneste. Ny organisering av helsetjenesten på alle nivå må derfor ha pasientens behov for et helhetlig og sammenhengende pasientforløp i sentrum. De kunstige skillene mellom for eksempel somatikk og psykiatri og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten må bygges ned. Helsetjenesten som tilbys i primærhelsetjenesten må sees i sammenheng med pasientens helhetlige behov. Det er viktig at overgang mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er sømløs og til pasientens beste, samt ivaretar pårørende. Det er viktig å sikre god kapasitet og kompetanse i alle nivå.
- b. Forebygging og tidlig intervensjon må bli et tydelig innsatsområde. God forebygging kan bidra til å redusere de totale kostnadene i helsetjenesten/samfunnet.
- c. Befolkningens helsekompetanse må styrkes, vi må forstå alt som sies og få hjelp til å gjøre kloke valg som holder oss friske lengre.
- d. Samarbeid med lokalsamfunn og frivillighet må bli en integrert del av helsevesenet.

Bodø, den 2. september 2022

*godkjent av Knut Georg Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 2. september 2022 – kl. 00.00*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
H. Rolandsen

Dato:
12.09.2022

RBU-sak 65-2022

Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 80-2022 og 97- 2022

Formål:

Saken omhandler Helse Nord RHF's vurderinger av fremdrift i pågående omstillingsarbeid i helseforetakene, samt behov for ytterligere oppfølging lokalt og regionalt. Se vedlagte sak til styret i Helse Nord RHF. Formålet med behandlingen i Regionalt brukerutvalg er å informere om saken.

Beslutningsgrunnlag

Det vises til vedlagte styresak.

Forslag til vedtak

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

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om helseforetakenes omstillingsplaner til orientering.

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg: *Styresak 117-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 80-202 og 97-2022*

Møtedato: 16. september 2022
Vår ref.:
2022/796-18

Saksbehandler:
Rolandsen/Hansen m.fl.

Dato:
9.9.2022

Styresak 117-2022

Helseforetakenes omstillingsplaner, oppfølging av styresak 80-2022 og 97- 2022

Formål

Formålet med saken er å oppdatere styret om status på helseforetakenes arbeid med økonomisk omstilling. Saken omhandler Helse Nord RHF's vurderinger av fremdrift i pågående omstillingsarbeid i helseforetakene, samt behov for ytterligere oppfølging lokalt og regionalt.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

I *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024* er det prioritert fem strategiske grep, hvor det første er *Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig*. Her heter det innledningsvis:

Virksomhetsstyring og godt lagspill mellom helseforetak og private leverandører, mellom ledelse, tillitsvalgte, vernetjeneste, pasienter og pårørende, fører til at vi har felles forståelse for rekkefølge og prioritering. (...) Dette innebærer også at vi har samme forståelse for at omstilling er nødvendig for å håndtere kostnader som er knyttet til investeringer, beslutninger gjennom Nye metoder, samt utvikling av nye tilbud.

Arbeidet med omstillingsplan krever at ledere, ansatte, tillitsvalgte og brukere har felles mål, *trygghet* for beslutningsgrunnlag med høy *kvalitet*, *respekt* for hverandres roller og godt *lagspill* mellom aktørene.

Bakgrunn

Saken er oppfølging av *styresak 80-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner-oppfølging av styresak 27-2022* (styremøte 22. juni 2022) samt *styresak 97-2022 Virksomhetsrapport nr. 6-2022 og 7-2022* (styremøte 24. august 2022). Det vises til vedlegg 1 for styrevedtakene og henvisning til andre relevante styresaker.

Av *styresak 80-2022* framgikk det at helseforetakenes planer ikke ville løse hele omstillingsutfordringen, og at det var behov for å kvalitetssikre planene nærmere. Styret ba om løpende orientering på omstillingsarbeidet gjennom virksomhetsrapportene. Adm. direktør i Helse Nord RHF skulle særskilt følge opp at Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset etablerte risikovurderte tiltak som svarte opp den resterende uløste omstillingsutfordringen for 2022.

I styresak 97-2022 Virksomhetsrapport nr. 6-2022 og 7-2022 (styremøte 24. august 2022) var det økonomiske resultatet forverret fra -300 mill. kroner per mai til -365 mill. kroner per juli. På grunn av den negative utviklingen gjennom sommeren besluttet styret å innkalle til dette ekstraordinære styremøtet når administrasjonen har fått vurdert omstillingsplanene til helseforetakene nærmere.

Styret konkluderte samtidig med at forutsetningene for å iverksette nye større investeringer ikke er tilstede og at lånesøknader må utsettes. Spørsmål om prioritering av mindre investeringer blir behandlet under gjennomgang av rammer og føringer for budsjett 2023 i styremøte i 26. oktober 2022.

Beslutningsgrunnlag

Etter styresak 80-2022 fikk helseforetakene i oppdrag å gjennomgå og kvalitetssikre omstillingsplanene, se vedlegg 2, brev til helseforetakene datert 28. juni og 4. juli 2022. Frist for tilbakemelding var 15. august 2022 (25. august 2022 for Helse Nord IKT). Oppdraget ble også presisert i ekstra styreledermøte 12. august 2022, hvor adm. direktører i helseforetakene også deltok.

Svarene fra helseforetakene og resultatutviklingen gjennom sommeren har vært tatt opp i oppfølgingsmøter med helseforetakene i uke 34 og 35 samt i ekstra dialogmøte med styrelederne og adm. direktører i de enkelte sykehusforetak 5. september 2022. Alle helseforetakene har styrebehandlet resultatutviklingen og omstillingsplaner i august/september 2022, se vedlegg 3 for styrevedtak.

Helseforetakenes planer består fortsatt av svært mange mindre tiltak som i sum forventes å gi vesentlige reduksjoner i årsverksforbruk og innleie. Ingen av helseforetakene har planlagt oppsigelser eller større endringer i pasienttilbudet. I avsnittene under oppdateres vurderingene fra styresak 80-2022:

1. Omstillingsbehov og økonomisk bærekraft
2. Endringer i årsverk
3. Endring i innleie av helsepersonell
4. Regionale tiltak knyttet til reduksjon av innleie og bruk av vikarer
5. Tiltakenes betydning for aktivitet og pasienttilbud

1. Omstillingsbehov og økonomisk bærekraft

Regnskapet for august 2022 viser et regnskapsmessig underskudd hittil i år på 453 mill. kroner når gevinst fra salg holdes adskilt, se tabell 1 nedenfor.

Regnskap 2022 (mill kr)	Regnskap august	Budsjett august	Budsjett avvik	Regnskap hittil i år	Netto gevinst/tap ved salg	Justert resultat hittil i år	Budsjett hittil i år	Justert avvik hittil i år
Finnmarkssykehuset	-22,1	2,0	-24,1	-149,4		-149,4	16,0	-165,4
UNN	-46,2	3,3	-49,6	72,8	-343,7	-270,9	26,7	-297,6
Nordlandssykehuset	-35,6	0,4	-36,0	-117,8		-117,8	3,3	-121,1
Helgelandssykehuset	-14,2	1,3	-15,6	-97,0		-97,0	10,7	-107,6
Sykehusapotek Nord	2,3	0,5	1,8	10,8		10,8	3,6	7,2
Helse Nord IKT	3,2	4,9	-1,7	16,1		16,1	10,2	5,9
Helse Nord RHF	7,7	0,0	7,7	31,4		31,4	0,0	31,4
Helse Nord felles	16,6	13,0	3,6	123,5		123,5	104,0	19,5
SUM Helse Nord	-88,3	25,6	-113,9	-109,6	-343,7	-453,3	174,4	-627,7

Tabell 1 Resultat per foretak per august

Nærmere gjennomgang av avvikene vil redegjøres for i virksomhetsrapport nr. 8-2022 i styremøtet 28. september 2022. Regnskapstallene tas inn i denne saken for å orientere styret om siste utvikling og som grunnlag for å vurdere prognosen.

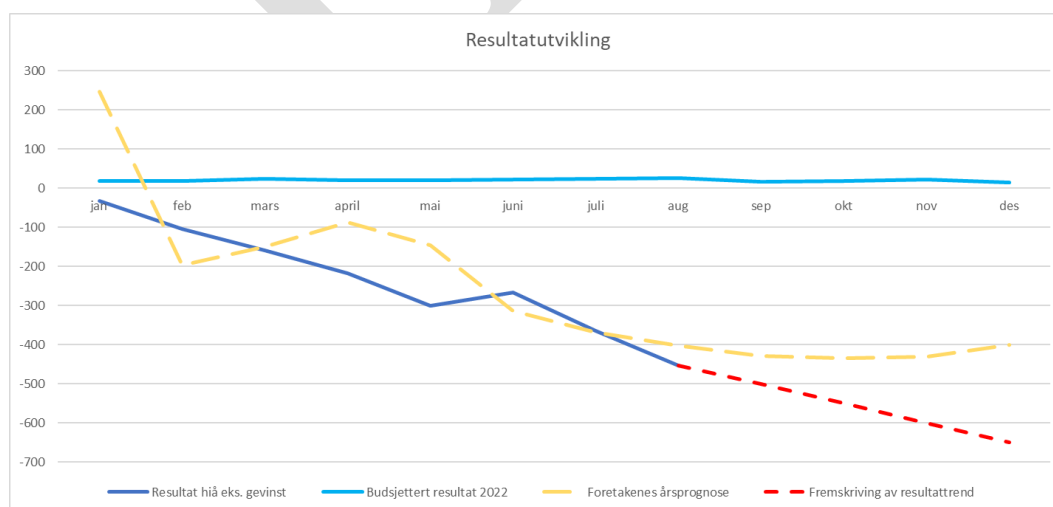
I behandlingen av *styresak 97-2022 Virksomhetsrapport nr. 6-2022 og 7-2022* (styremøte 24. august 2022) ble det gitt en samlet årsprognose for foretaksgruppen med et forventet underskudd på om lag 400 mill. kroner for 2022. Dette tilsvarer et negativt budsjettavvik på om lag 650 mill. kroner. Helseforetakene har følgende resultater pr august og prognose pr juli, jf. tabell 2:

Helseforetak	Resultat per august eks salgsgevinst	Årsprognose per juli	Avvik årsprognose-resultat per august
Finnmarkssykehuset	-149,4	-164,0	-14,6
UNN	-270,9	-200,0	70,9
Nordlandssykehuset	-117,8	-160,0	-42,2
Helgelandssykehuset	-97,0	-85,0	12,0
SANO	10,8	6,0	-4,8
IKT	16,1	0,0	-16,1
RHF	31,4	25,0	-6,4
RHF felles	123,5	210,0	86,5
SUM	-453,3	-368,0	85,3

Tabell 2 Avvik årsprognose og resultat pr august

Samlet underskudd per august utgjør 453 mill. kroner. Sammenlignet mot helseforetakenes årsprognose innebærer dette at foretaksgruppen skal ha et overskudd på 85 mill. kroner resten av året.

Helse Nord RHF vurderer at det for flere av helseforetakene er stor usikkerhet rundt prognosen. For å redusere risiko i finansiell planlegging, anbefales det å iverksette ytterligere tiltak som tar høyde for at omstillingen kan ta lengre tid. Det er variasjon mellom foretakene mht. vurdering av prognosen. Figur 1 illustrerer et bilde av usikkerhet i den samlede prognosen.



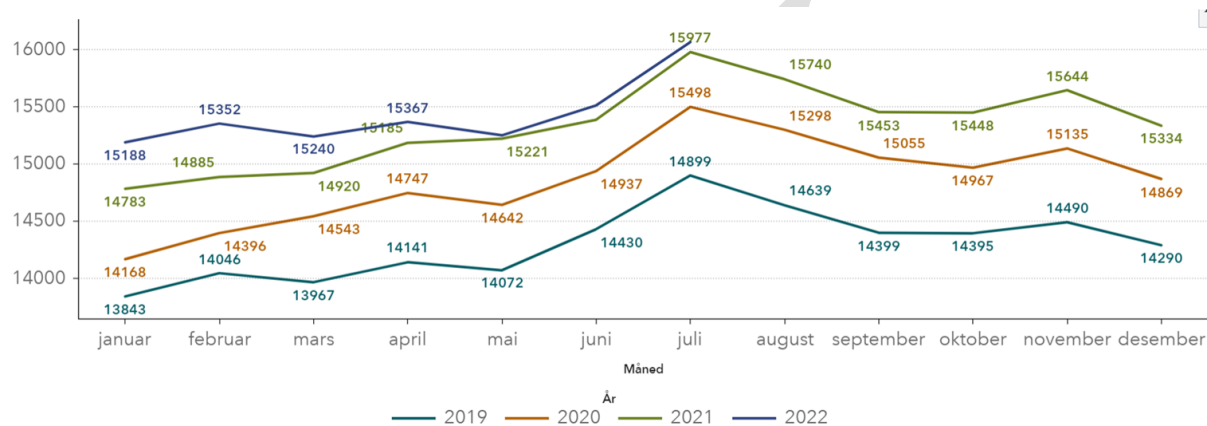
Figur 1 Resultatutvikling

Resultatutviklingen så langt viser at ingen av helseforetakene i tilstrekkelig grad har klart å snu den negative økonomiske utviklingen. Effekten av iverksatte tiltak er betydelig lavere enn forventet.

Etter en gjennomgang av omstillingsplanene vurderer administrasjonen at alle helseforetakene fortsatt har store økonomiske utfordringer som ikke er løst med konkrete tiltak.

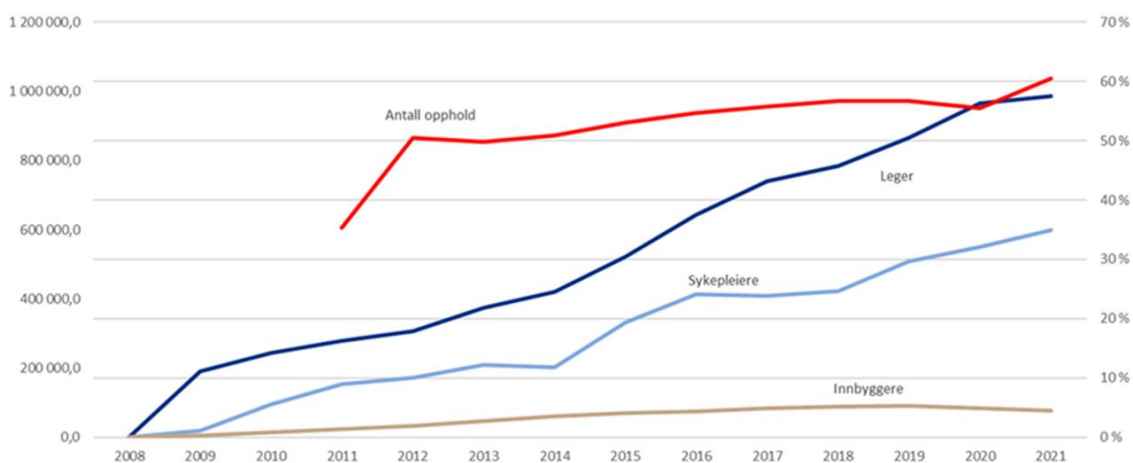
2. Endringer i årsverk

Hovedinnretningen på omstillingsplanene er å reversere deler av bemanningsøkningen som har skjedd siden 2019. Utviklingen over bemanning pr juli er som følger, figur 2:



Figur 2 Utvikling i månedsverk

Figur 3 illustrerer vekst i årsverk vs. vekst i antall opphold og innbyggere perioden 2011 til 2021.



Figur 3 Endring i årsverk, innbyggere og opphold

I styresak 80-2022 fremgår det at av en samlet økning fra 2019 på nesten 1300 årsverk, skal helseforetakene redusere forbruket med 572 årsverk. Det var konkrete planer for reduksjon av 222 årsverk, og at plan skulle legges for ytterligere 350 årsverk (tabell 3). Utgangspunkt for sammenlikning var satt til gjennomsnitt brutto årsverk inkl. overtid og variabel lønn for perioden januar–august 2019/2022. Oppdaterte tall for årsverk pr august legges frem i møtet.

HF	Gj.snitt årsv. (jan-apr) 2019	Gj.snitt årsv. (jan-apr) 2022	Planlagt reduksjon konkretisert 2022	Planlagt reduksjon oppfølgings- møte mai 2022	Plan årsv. pr. des 2022	Reduksjon i prosent av snitt 2022
FIN	1 635	1 811	- 49	- 64		-4 %
NLSH	3 576	3 982	- 54	- 181		-5 %
UNN	6 678	7 100	- 94	- 262		-4 %
HSYK	1 570	1 746	- 20	- 60		-3 %
SANO	136	166	- 2	- 2		-1 %
RHF	104	121	- 3	- 3		-2 %
SUM	13 699	14 926	- 222	- 572		-4 %
HN IKT	288	359		35		10 %

Tabell 3 Årsverksforbruk og planlagt reduksjon

Etter oppfølgingsmøter med administrasjonene i helseforetakene, og påfølgende møter med styreledere og adm. direktører, er vurderingen at sykehusforetakene:

- er forsinket i gjennomføringen av tiltaksplanene. Hittil i år og i juli er antall månedsverk høyere enn tidligere år.
- i for liten grad har konkretisert og forpliktet ytterligere tiltak for å nå planlagt bemanningsnivå.
- tar sikte på å unngå oppsigelser, og mener at reduksjon skal finne sted med reduksjon av variabel lønn (overtid, vikarer og mertid m.v.).

Helseforetakene oppgir flere og ulike årsaker til forsinkelsene.

Helse Nord IKT er i en fase der de skal gjennomføre store oppgaver med informasjonssikkerhet og samtidig overta oppgaver med forvaltning av applikasjoner og infrastruktur fra helseforetakene. Helseforetaket holder fast på behov for økning av bemanning på hhv 35 og 30 årsverk i 2022/2023. Helseforetaket vurderer fortløpende hvordan økningen kan utsettes uten at det går på bekostning av leveransene til helseforetakene.

Helse Nord RHF skal redusere med tre årsverk i tråd med budsjett på 118 årsverk, jf. *Styresak 131-2021 Budsjett 2022 - Helse Nord RHF* (styremøte 27. oktober 2021). Dette blir fulgt opp.

3. Endringer i innleie av helsepersonell

I tillegg til reduksjon av egne årsverk, har helseforetakene kommunisert at de skal redusere innleie med 164,5 mill. kroner sammenlignet med 2021. Forbruk i 2021 var 483 mill. kroner, slik at prognosen helseforetakene la i mai måned var et forventet forbruk i 2022 på omlag 318 mill. kroner.

I *styresak 80-2022* var vurderingen at UNN og Nordlandssykehuset hadde realistiske prognoser, mens estimatene for Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset virket optimistiske. Regnskap for innleie per august, jf. tabell 4, viser at forbruk etter de første åtte månedene allerede har oversteget årsprognosen i to av helseforetakene.

Tall i 1000 kroner	Prognose per mai	Regnskap per august	Rest 3. tertial
	2022	2022	2022
Finnmarkssykehuset	60 105	82 142	-22 037
UNN	132 466	112 250	20 216
Nordlandssykehuset	106 937	92 809	14 128
Helgelandssykehuset	18 700	48 556	-29 856
Alle sykehusforetak	318 208	335 757	

Tabell 4 Forbruk innleie etter 2.tertial sammenlignet med årsprognose pr mai 2022

Etter ytterligere gjennomgang med helseforetakene ser det ut til å være stor grad av overlapp mellom forutsetning om reduksjon av innleie og reduksjon av egne årsverk. Tallene kan derfor ikke uten videre legges sammen.

Vurderingen pr. medio september er at:

- Ambisjon for reduksjon av innleie av helsepersonell ikke er realistisk for alle helseforetakene på kort sikt (2022).
- Helseforetakene må iverksette nye tiltak for å ha samlet kontroll på prioritering av hva som leies inn.
- Helseforetakene må intensivere arbeidet med behovsstyrt turnusplanlegging, og GODT¹ planlagt

4. Regionale tiltak knyttet til reduksjon av egne årsverk og bruk av vikarer

I juni-møte ble styret informert om to regionale tiltak under etablering i regi av Helse Nord RHF. Begge tiltakene var forventet å ha effekt på lengre sikt enn 2022.

GODT-planlagt, et regionalt samarbeidsprosjekt

Styringsgruppen har hatt første møte. Prosjektgruppen jobber med datagrunnlag og kartlegging av aktuelle arbeidsprosesser og planleggingsforløp. Utvikling og implementering av teknisk integrasjon mellom ressursstyringssystemet GAT og pasientsystemet DIPS inngår i konseptfasen og det arbeides konkret med pilotering i Finnmarkssykehuset.

Regionalt fagnettverk bærekraftig bemanning

Helse Nord RHF har startet etablering av regionalt fagnettverk for bærekraftig bemanning. I første fase er fokus vurdering og håndtering av vikarinnleie, spesifikt sikre at kjøp av vikartjenester skjer via innkjøpssystemet. Dette vil gi bedre styringsinformasjon og effektivisere oppfølgingen mot avtaler. Pilotavdelinger er etablert i alle sykehusforetak.

5. Vurdering av tiltakenes betydning for aktivitet og pasienttilbud

Aktivitetsutviklingen viser at trenden mot færre liggedøgn og mer dag- og poliklinisk behandling fortsetter. Dette er ønsket og i tråd med medisinsk utvikling. For somatiske helsetjenester, som utgjør omtrent 80 % av virksomheten, er inneliggende opphold og liggedøgn (pr. juli) redusert med hhv 4,6 % og 3,8 %, mens poliklinisk aktivitet har økt med 7,3 %.

¹ Gat Oppdatert, Dips Tilgjengelig

Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset har størst økning i poliklinisk aktivitet, hhv 14 % og 11 %. Begge helseforetakene vil se nærmere på muligheten til å redusere på noen aktiviteter. UNN og Helgelandssykehuset har en økning i poliklinisk aktivitet på hhv 5 % og 1 %. Alle helseforetak mener at økt grad av digitalisering av polikliniske tjenester er en del av planen.

Helseforetakenes omstillingsplaner beskriver fortsatt i liten grad hvordan mulige konsekvenser for pasienttilbudet er risikovurdert. Helse Nord RHF har i oppfølgingen av helseforetakene ikke fått signaler om mulige negative konsekvenser for pasienttilbudet som følge av tiltak beskrevet i helseforetakenes omstillingsplaner.

Samlet vurdering

Styrene i helseforetakene må fortsette arbeidet med å gjennomføre vedtatte tiltak og identifisere nye tiltak. Det vises til vedlagte oversikt over styrevedtak.

Samlet vurdering er at nåværende tiltak i helseforetakene ikke er tilstrekkelig for å gi ønsket resultat hurtig nok. Det foreslås derfor at Helse Nord RHF iverksetter følgende:

- Gjennomgå *Oppdragsdokument (OD) 2022* for å identifisere oppdrag som kan utsettes til 2023/2024.
- Utsette investeringer som kan utsettes ut fra en risikobasert tilnærming.
- Være tilbakeholden med å legge inn nye krav fra Helse Nord RHF i OD 2023. Krav som kommer fra Helse- og omsorgsdepartementet vil videreføres til helseforetak der det er nødvendig.
- Etablere et RHF-team som kan bistå og supplere analyse- og omstillingsarbeidet i helseforetakene.
- Benytte fremskaffede analyser som grunnlag for hyppigere oppfølgingsmøter med ledelsen i helseforetakene.
- Identifisere områder der det stilles konkrete målsettinger til bruk av digitale tjenester som førstevalg.
- Gjennomgå evalueringen av ferieavvikling 2022 for å bidra med å identifisere tiltak som reduserer behov for innleie i 2023.

I tillegg foreslår internrevisjonen å omprioritere internrevisjonens plan for 2022/2023 for å bekrefte at sykehusene gjennomfører planlagte omstillingsplaner, slik at planlagte effekter kan oppnås.

I Regional utviklingsplan 2038 vil mer langsiktige omstillingstiltak bli tatt opp. Høringsutkast legges fram for styret i møte 28. september 2022.

Kommunikasjon

Fra RHF-ets side legges det for tiden mest vekt på muntlig kommunikasjon om den økonomiske situasjonen i møter med helseforetakene. Øvrig kommunikasjon formidles gjennom styresaker, strømming av styremøter og for eksempel artikkel etter styrets siste møte².

Kommunikasjonstiltak er under kontinuerlig vurdering, deriblant dialog med ulike interessenter utenfor helseforetakene for felles situasjonsforståelse.

² <https://helse-nord.no/nyheter/nye-investeringer-ma-utsettes>

Lokale medier har fortsatt en rekke saker om den krevende økonomiske situasjonen.

Medbestemmelse og brukermedvirkning

Videre arbeid med omstillingsplanene legges frem til drøfting for konserntillitsvalgte/-verneombud 16. september 2022.

Regionalt brukerutvalg får informasjon om status i omstillingsarbeidet 19. september 2022.

Administrerende direktørs vurdering

Adm. direktør ser svært alvorlig på resultatutviklingen. Månedlige underskudd har økt, og prognosen for samlet resultat er forverret betydelig i løpet av to-tre måneder.

Adm. direktør mener det er fullt mulig å få helseforetakene i økonomisk balanse, forutsatt gjennomføring av planlagt reduksjon av årsverk og innleie mot 2019-nivå. Den økte bemanningen er en hovedårsak til økte kostnader. Adm. direktør understreker at målet er en justering av bemanningen på omtrent 40 % av økningen som har vært siden 2019, og betydelig reduksjon av innleie.

Den kraftige økningen i bemanningen som har skjedd siden 2019 vises ikke i tilsvarende økt aktivitetsvekst, ei heller i forbedrede kvalitetsresultater jf. virksomhets- og tertialrapporter. Foretaksgruppen har tidligere hatt et lavere bemanningsnivå, og det vil være mulig å komme tilbake dit.

Omstillingen vil fortsatt kreve tett oppfølging fra styrene i helseforetakene, høy oppmerksomhet fra ledere, og godt samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Det er særlig viktig å lykkes med god kommunikasjon for å sikre felles situasjonsforståelse og gode løsninger.

Parallelt med å få kontroll med driften, er det samtidig viktig å holde fast på et mer langsiktig mål om ytterligere forbedring av driften for å gi rom både for faglige satsinger og kommende investeringer i bygg.

Om utviklingen ikke bedrer seg raskt, vil foretaksgruppen i løpet av ett-to år få problemer med likviditeten.

Adm. direktør mener det er behov for ytterligere tiltak i Helse Nord RHF for å understøtte helseforetakenes arbeid, og vil blant annet foreslå å utsette gjennomføring av enkelte oppdrag for 2022/2023, samt noen ytterligere investeringer der det er hensiktsmessig.

Adm. direktør vil fortsatt ha tett oppfølging av utviklingen gjennom formelle oppfølgingsmøter og andre regionale organ. Styret vil orienteres løpende gjennom virksomhetsrapportene.

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om omstillingsplanene i helseforetakene til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør styrke oppfølgingen av helseforetakenes omstillingsarbeid og benytte de virkemidler det regionale helseforetaket har til rådighet slik skissert i saken.

Bodø, 9. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Styrebehandling i Helse Nord RHF
2. Brev til helseforetakene datert 4.juli og 28.juni 2022
3. Styrebehandling helseforetakene, *Helseforetakenes styresaker er tilgjengelig på deres nettsider.*
4. Protokoller fra foretaksmøte 6.4.2022, styresak 27-2022, 15-2022, 43-2020,122-2019

Vedlegg 1 Styrebehandling i Helse Nord RHF

Styrets vedtak i styresak 97-2022:

1. *Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 6-2022 og 7-2022 til orientering.*
2. *Styret i Helse Nord viser til styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030 og konstaterer at den økonomiske situasjonen i helseforetakene er forverret. Dette betyr at forutsetningene for å iverksette nye større investeringer ikke er tilstede og at lånesøknader utsettes.*
3. *Styret ber adm. direktør invitere til ekstraordinært styremøte når omstillingsplanene i helseforetakene er vurdert av administrasjonen. Saken drøftes med konserntillitsvalgt og -verneombud i forkant av styrebehandling.*
4. *Styret ber om at spørsmål knyttet til prioriteringer av mindre investeringer blir behandlet under gjennomgang av rammer og føringer for budsjett 2023 for foretaksgruppen i styremøte 26. oktober 2022.*

Protokolltilførsel til styresak 97-2022:

Styremedlemmer valgt av de ansatte mener vedtaket burde vært fremlagt i en egen sak der vedtaket og konsekvensen av det kunne blir ytterligere tydeliggjort.

Sissel Alterskjær /s/ Kari B. Sandnes /s/ Martin Øien Jenssen /s/

Styrets vedtak i styresak 80-2022:

1. *Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om omstillingsplanene i helseforetakene til orientering.*
2. *Styret i Helse Nord RHF ber om løpende orientering gjennom virksomhetsrapportene.*
3. *Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør særskilt følge opp at Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF etablerer risikovurderte tiltak som svarer opp den resterende uløste omstillingsutfordringen for 2022.*
4. *Styret i Helse Nord RHF viser til styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030. Gjennomføring av planlagte nye investeringer forutsetter at helseforetakene evner å løse omstillingsutfordringene og å få økonomien under kontroll. Manglende gjennomføring av tiltak vil kunne medføre utsettelse av eller omprioritering av investeringer i foretaksgruppen.*

Protokolltilførsel til styresak 80-2022:

Styremedlemmer valgt av de ansatte vil vise til drøftingsprotokoll av 21 juni 2022 med Helse Nord, KTV og KVO med følgende protokolltilførsel:

KTV/KVO mener det er grunn til bekymring hva gjelder medvirkning i helseforetakenes omstillingsplaner. Det er ønskelig fra vår side å understreke at det er avgjørende å inkludere arbeidstakers representanter innad i helseforetakene både hva gjelder forslag til økonomiske tiltak men også risikostyringen. Det oppleves som et vesentlig risikoforhold at det er korte frister for innkalling, tilgang på sakspapirer samt hvem som kalles inn til møtene.

KTV/KVO har fått signaler på at det i enkelte helseforetak har vært manglende involvering både hva gjelder Hovedavtalens intensjoner men også i henhold til Arbeidsmiljølovens bestemmelser.

Tidligere styresaker om omstilling

Utfordringene er behandlet i flere styresaker i Helse Nord RHF, blant annet:

- Styresak 43-2020 Prosjekt Styrke økonomisk bærekraft, fase 2 - utkast til mandat, oppfølging av styresak 122-2019
- Styresak 113-2021 Virksomhetsoppfølging – vurdering av behov for, og mulige utvidede tiltak
- Styresak 5-2022 Budsjett 2022 – konsolidert (2.2.2022)
- Styresak 15-2022 Risikovurdering av hovedmål 2022 (23. 2.2022)
- Styresak 16-2022 Ledelsens gjennomgang (23.2 2022)
- Styresak 26-2022 Virksomhetsrapport nr. 2-2022 (23.2.2022)
- Styresak 27-2022 Omstillingsplaner helseforetakene – status, oppfølging av styresak 5-2022 og 147-2021 (24.3.2022).
- Styresak 57-2022/5 Omstillingsarbeidet i Helse Nord, oppfølging av styresak 27-2022 (27. april 2022)
- Styresak 80-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner–oppfølging av styresak 27-2022
- styresak 97-2022 Virksomhetsrapport nr. 6-2022 og 7-2022

Vedlegg 2. Brev til helseforetakene datert 28. juni og 4. juli 2022



DAVIDEARVAŠVUOHTA
VARRESVUOHTA NUORTTA
HEALSOE NOERHTE

HELSE NORD IKT HF
Postboks 6444 Stakkevollan
9294 TROMSØ

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler Dato:
 2022/796-8/ Tove Skjelvik/ Bodø, 28.06.2022

Vedrørende omstillingsplaner Helse Nord IKT

Viser til tilbakemelding på oppdrag i foretaksmøter i april og vår oppsummering i styresak 80-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 27-2022. Styret i Helse Nord RHF behandlet saken 22. juni 2022, og gjorde følgende vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om omstillingsplanene i helseforetakene til orientering.*
2. *Styret i Helse Nord RHF ber om løpende orientering gjennom virksomhetsrapportene.*
3. *Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør særskilt følge opp at Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF etablerer risikovurderte tiltak som svarer opp den resterende uløste omstillingsutfordringen for 2022.*
4. *Styret i Helse Nord RHF viser til styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030. Gjennomføring av planlagte nye investeringer forutsetter at helseforetakene evner å løse omstillingsutfordringene og å få økonomien under kontroll. Manglende gjennomføring av tiltak vil kunne medføre utsettelse av eller omprioritering av investeringer i foretaksgruppen.*

Styremedlemmer valgt av de ansatte vil vise til drøftingsprotokoll av 21. juni 2022 med Helse Nord, KTV og KVO med følgende protokolltilførsel:

KTV/KVO mener det er grunn til bekymring hva gjelder medvirkning i helseforetakenes omstillingsplaner. Det er ønskelig fra vår side å understreke at det er avgjørende å inkludere arbeidstakers representanter innad i helseforetakene både hva gjelder forslag til økonomiske tiltak men også risikostyringen. Det oppleves som et vesentlig risikoforhold at det er korte frister for innkalling, tilgang på sakspapirer samt hvem som kalles inn til møtene.

Postadresse
Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 Bodø

Besøksadresse
Helse Nord RHF
Moloveien 16, 6 etg
8003 Bodø

Telefon sentralbord: 75 51 29 00
postmottak@helse-nord.no
www.helse-nord.no

Org nr: MVA 883 658 752

KTV/KVO har fått signaler på at det i enkelte helseforetak har vært manglende involvering både hva gjelder Hovedavtalens intensjoner men også i henhold til Arbeidsmiljølovens bestemmelser.

Kvalitetssikring av omstillingsplanene

Helse Nord RHF viser til tilbakemelding datert 10. mai hvor det er redegjort for økning i årsverk fra 2019 til 2021:

HN IKT - økning månedsverk jan 2019-des 2021 (3 år)		
SLA-finansiert (drift):	39	Herunder:
Driftskonsekvens av prosjektet Helhetlig informasjonssikkerhet		12
Driftskonsekvens av prosjektet innføring Elektronisk kurve		6
Oppbygging drifts- og overvåkningssenter ifbm innføring elektroniske kurve		9
Driftskonsekvens av innføring Teams/telefoni		2
Driftskonsekvens av prosjektene Arbeidsflate og Windows 10 (VDI, Win 10, EMM)		3
Andre mindre nye regionale og lokale tjenesteavtaler		7
Prosjekt- og oppdragsfinansiert:	29	Herunder:
Økning ressurser Felles innboks (lokale oppdrag)		5
Økning ressurser regionale prosjekter HN IKT og RHF*		24
Adm støtte - overhead**	5	
SUM	73	

*Prosjekter: Kurve, DIPS Arena, Dig.pas.tj., HIS, Telekom, IFRONT, Sterk autentisering mv.
 **Overhead fra SLA- og prosjektinntekter

Tabell 1 HN IKT - økning månedsverk jan 2019 - des 2021

Helse Nord IKT har meldt om et ytterligere behov for økning av bemanning på hhv 35 og 30 årsverk i 2022/2023, og er derfor satt på egen linje i tabell 2 under ref styresak 80-2022.

HF	Gj.snitt årsv. (jan-apr) 2019	Gj.snitt årsv. (jan-apr) 2022	Planlagt reduksjon konkretisert 2022	Planlagt reduksjon oppfølgings- møte mai 2022	Plan årsv. pr. des 2022	Reduksjon i prosent av snitt 2022
FIN	1 635	1 811	- 49	- 64		-4 %
NLSH	3 576	3 982	- 54	- 181		-5 %
UNN	6 678	7 100	- 94	- 262		-4 %
HSYK	1 570	1 746	- 20	- 60		-3 %
SANO	136	166	- 2	- 2		-1 %
RHF	104	121	- 3	- 3		-2 %
SUM	13 699	14 926	- 222	- 572		-4 %
HN IKT	288	359		35		10 %

Tabell 1 Årsverksforbruk og planlagt reduksjon

Adm. direktør i Helse Nord RHF har varslet å komme tilbake til styret i Helse Nord RHF med en nærmere vurdering av behov og tidshorisont for planlagt økning i bemanning i Helse Nord IKT.

Den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen tilsier at det er svært vanskelig å få aksept for en økning i den størrelsesorden som er skissert. HN IKT må løpende optimalisere og omstille driften på linje med de øvrige helseforetakene.

Helse Nord RHF ber HN IKT på nytt vurdere i hvilken grad og hvordan behovet for nye ressurser kan løses innenfor dagens ressursramme.

Skriftlig tilbakemelding til vårt postmottak **innen 25. august**, og vil være grunnlag for oppfølgingsmøtet 1.september.

Vennlig hilsen

Hilde Rolandsen
eierdirektør

Erik Arne Hansen
økonomidirektør

Kopi til:

Styreleder Helse Nord IKT

Vedlegg:

Styresak 80-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 27-2022

Finnmarkssykehuset v/adm.dir
Universitetssykehuset Nord-Norge HF v/adm.dir
Nordlandssykehuset HF v/adm.dir
Helgelandssykehuset HF v/adm.dir

Deres ref:

Vår ref:
2022/796-7/

Saksbehandler
Rolandsen/Skjelvik

Dato:
Bodø, 04.07.2022

Vedrørende tilbakemelding på vedtak i foretaksmøte april 2022 april 2022

Viser til tilbakemelding på oppdrag i foretaksmøter i april og vår oppsummering i styresak 80-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 27-2022. Styret i Helse Nord RHF behandlet saken 22. juni 2022, og gjorde følgende vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om omstillingsplanene i helseforetakene til orientering.*
2. *Styret i Helse Nord RHF ber om løpende orientering gjennom virksomhetsrapportene.*
3. *Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør særskilt følge opp at Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF etablerer risikovurderte tiltak som svarer opp den resterende uløste omstillingsutfordringen for 2022.*
4. *Styret i Helse Nord RHF viser til styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030. Gjennomføring av planlagte nye investeringer forutsetter at helseforetakene evner å løse omstillingsutfordringene og å få økonomien under kontroll. Manglende gjennomføring av tiltak vil kunne medføre utsettelse av eller omprioritering av investeringer i foretaksgruppen.*

Styremedlemmer valgt av de ansatte vil vise til drøftingsprotokoll av 21. juni 2022 med Helse Nord, KTV og KVO med følgende protokolltilførsel:

KTV/KVO mener det er grunn til bekymring hva gjelder medvirkning i helseforetakenes omstillingsplaner. Det er ønskelig fra vår side å understreke at det er avgjørende å inkludere arbeidstakers representanter innad i helseforetakene både hva gjelder forslag til økonomiske tiltak men også risikostyringen. Det oppleves som et vesentlig risikoforhold at det er korte frister for innkalling, tilgang på sakspapirer samt hvem som kalles inn til møtene.

Postadresse
Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 Bodø

Besøksadresse
Helse Nord RHF
Moloveien 16, 6 etg
8003 Bodø

Telefon sentralbord: 75 51 29 00
postmottak@helse-nord.no
www.helse-nord.no

Org nr: MVA 883 658 752

KTV/KVO har fått signaler på at det i enkelte helseforetak har vært manglende involvering både hva gjelder Hovedavtalens intensjoner men også i henhold til Arbeidsmiljølovens bestemmelser.

Kvalitetssikring av omstillingsplanene

Helse Nord RHF har oppsummert omstillingsplanene som følger i tabell 1-3. Helse Nord RHF har behov for å kvalitetssikre vår forståelse av planene.

Tabell 1 viser forventet effekt av planlagte omstillingstiltak i 2022. Vi ber om tilbakemelding på estimatene i tabellen og hvordan dette henger sammen med siste resultatprognose for 2022.

HF	Vedtatt budsjett		Nye tiltak		Total	
	Forventet effekt	Ny vurdering	Forventet årseffekt	Forventet effekt 2022	Forventet årseffekt	Forventet effekt 2022
Finnmarkssykehuset	75	99	37	37	136	136
UNN	318	307	92	73	399	380
NLSH	120	153	147	103	300	256
Helgeland	89	89	44	44	133	133
Sum	602	648	320	257	968	905

Tabell 1 Planlagt effekt av omstillingstiltak

Utgangspunkt for oppstilling i tabell 2 er satt til brutto årsverk inkl. overtid og variabel lønn for gjennomsnitt pr. januar-april 2019/2022. Vi ber om tilbakemelding på planene for reduksjon av årsverksforbruk og hvilket bemanningstall (årsverksforbruk) som helseforetaket sikter mot pr. september og desember 2022.

HF	Gj.snitt årsv. (jan-apr) 2019	Gj.snitt årsv. (jan-apr) 2022	Planlagt reduksjon konkretisert 2022	Planlagt reduksjon oppfølgingsmøte mai 2022	Plan årsv. pr. des 2022	Reduksjon i prosent av snitt 2022
FIN	1 635	1 811	- 49	- 64		-4 %
NLSH	3 576	3 982	- 54	- 181		-5 %
UNN	6 678	7 100	- 94	- 262		-4 %
HSYK	1 570	1 746	- 20	- 60		-3 %
SANO	136	166	- 2	- 2		-1 %
RHF	104	121	- 3	- 3		-2 %
SUM	13 699	14 926	- 222	- 572		-4 %
HN IKT	288	359		35		10 %

Tabell 2 Årsverksforbruk og planlagt reduksjon

I tillegg til reduksjon av egne årsverk, planlegger helseforetakene å redusere innleiekostnad med ca. 34 % sammenliknet med 2021, se tabell 3.

Foreliggende planer tilsier at samlet innleiekostnad etter planlagte endringer vil ligge ca. 15 % over nivået i 2019, hvilket sannsynligvis tilsvarer prisstigningen over 3 år.

Det er nødvendig å kvalitetssikre nivået på reduksjon i innleiekostnad, samt at denne reduksjonen kommer i tillegg til reduksjon i årsverk beregnet i tabell 2.

Tall i 1000 kroner	Ragnskap		2022 uten endring		Planlagt reduksjon	Progn. etter endring	Endring 21-22	Restutfordring, 2019	Restutfordring, 2019
	A	B	C	D	E	F = B-E	G = E/B		
	2019	2021	pr. 1. tert. 2022	1. tert * 3	2022	2022		%	
Finnmarksykehuset	71 796	113 105	41 149	123 447	- 53 000	60 105	-47 %	-16 %	11 691
LJNV	99 609	348 465	45 447	136 341	- 36 000	132 465	-11 %	33 %	32 857
Nordlandssykehuset	73 362	365 937	38 112	114 336	- 59 000	106 937	-36 %	46 %	33 555
Helgelandsykehuset	31 907	55 209	17 109	51 327	- 36 509	18 700	-66 %	-41 %	13 207
Alle sykehusforetak	276 684	482 717	141 817	425 451	- 164 509	318 208	-34 %	15 %	41 514

Tabell 3 Planlagt reduksjon av innleiekostnad

Deltagelse og medvirkning i regionale fellestiltak

Det forventes deltagelse og aktiv medvirkning fra alle fire helseforetak i de to regionale fellestiltakene som etableres i tråd med styresak 80-2022 i regi av Helse Nord RHF.

Etablering av regionalt fagnettverk for bærekraftig bemanning støtter opp om foretakenes egne omstillingstiltak gjennom kompetansedeling og erfaringsutveksling mellom foretakene med vurdering av felles løsninger. Prosjektet «GODT-planlagt» har målsetning om en mer velorganisert helsetjeneste med høy kvalitet, kortere ventetider og forutsigbare timeavtaler gjennom bedret systemfunksjonalitet og ressursstyring.

Frist for tilbakemelding

Dersom det er behov for et møte for å kvalitetssikre dette, ber vi om at dere tar kontakt snarest.

Skriftlig tilbakemelding til sendes vårt postmottak innen 15. august, og vil være grunnlag for oppfølgingsmøtene i august.

Vennlig hilsen

Renate Larsen
styreleder

Cecilie Daae
adm. direktør

Kopi til:

Styreleder Lena Nymo Helli
Styreleder Roald Linaker
Styreleder Arne Benjaminsen
Styreleder Mari Tromma

Vedlegg:

Styresak 80-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 27-2022

Vedlegg 3. Styrebehandling helseforetakene

Protokoller fra styresaker helseforetakene, *Helseforetakenes styresaker er tilgjengelig på deres nettsider.*

Universitetssykehuset HF

9. september 2022 (ekstraordinært)

Styrets vedtak:

28. april: Styresak 36-2022 Handlingsplan økonomi og budsjett 2022

Styrets vedtak:

1. Styret tar handlingsplan for økonomi og budsjett 2022 til orientering, og ber om å bli informert regelmessig om oppfølging og videre utvikling av handlingsplanen.

23. mai 2022 ST 47-2022 Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2022

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar Kvalitets- og virksomhetsrapport for april 2022 til orientering.

2. Styret ber om at klinikkenes omstillingsplaner og felles månedlig oppfølging tas med i kvalitets- og virksomhetsrapportene ut 2022.

Nordlandssykehuset HF

31. august 2022: Styresak 074-2022 Virksomhetsrapport juni og juli 2022

Styrets vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapportene for juni og juli 2022 til orientering.

2. Styret er tiltagende bekymret for den økonomiske utviklingen og konstaterer at gjennomføringen i sommer er for svak i henhold til plan. Styret ber administrerende direktør sikre oppfølging.

3. Styret ber administrerende direktør om å konkretisere tiltakene i tiltakspakke 2 og nye tiltak som er kommet til i prosessen og presentere disse i neste styremøte.

6. mai 2023: Styresak 047-2022 Oppfølging av budsjett 2022 pr april - jf foretaksmøte 6. april 2022

Styrets vedtak:

1. Styret viser til saksfremlegget inkl vedlegg 1 og vedtar dette som foretakets omstillingsplan for 2022 med de innspill som kom i møtet.

2. Omstillingsplanen, med de innspill som kom i møtet, oversendes til Helse Nord RHF

jamfør punkt 2 i vedtak fra foretaksmøtet 6. april.

3. Styret ber adm dir fortsette arbeidet med konkretisering av tiltakene. Tillitsvalgte og verneombud involveres i arbeidet.

Helgelandssykehuset HF

23.august 2022: Styresak 70 Virksomhetsrapport pr. juli 2022

Styrets vedtak: *1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar virksomhetsrapport pr. juli 2022 til etterretning.*

2. Styret er svært bekymret for den økonomiske utviklingen, og ser alvorlig på at tiltakene så langt har hatt lavere effekt enn planlagt. Styret presiserer at den negative økonomiske utviklingen må reverseres, og forventer at tiltaksarbeidet oppnår de store planlagte effektene utover høsten.

3. Styret presiserer at innleieforbruket strammes inn, og at bruk av innleie besluttet og dokumenteres av klinikkjefene, ihht fullmakt. 4. Styret i Helgelandssykehuset ber administrasjon komme tilbake med forslag til innføring av tiltakspakke 4, i neste styremøte.

Enstemmig vedtatt.

25. mai 2022: Styresak 50 Virksomhetsrapport pr. april 2022

Styrets vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar virksomhetsrapport pr. april 2022 til etterretning. 2. Styret er svært bekymret for den økonomiske utviklingen, og presiserer at tiltaksarbeidet må intensiveres for å snu og bedre den økonomiske utviklingen. 3. Styret forventer at det arbeides med sikte på at kvalitet og aktivitetsnivå er tilbake til 2019-nivå i løpet av 3. tertial 2022.

25. mai 2022: Styresak 51-2022 Oppfølging av vedtak i foretaksmøtet 06.04.2022.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar helseforetakets besvarelse av bestilling fra foretaksmøtet fra Helse Nord den 06.04.2022 til orientering. 2. Styret i Helgelandssykehuset HF ber om at det utarbeides en forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet snarest.

Finnmarkssykehuset HF

**22. og 23. august 2022: Sak 65/2022 Virksomhetsrapport 6 og 7/2022
Finnmarkssykehuset HF**

Styrets vedtak:

Styret i Finnmarkssykehuset HF understreker at foretakets økonomiske situasjon er svært kritisk og har i tidligere styremøter gjort flere vedtak for å håndtere situasjonen, blant annet sak 34/2022 og sak 36/2022.

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar virksomhetsrapport 6 og 7/2022 til etterretning.

2. Styret tydeliggjør tidligere kortsiktige krisetiltak:

- Innleie fra byrå stoppes umiddelbart. Unntak er innleie for å håndtere beredskap eller andre kritiske situasjoner. Unntak besluttet av administrerende direktør.
- Alle innkjøp stanses umiddelbart. Unntak er kritisk innkjøp. Unntak besluttet av administrerende direktør.
- All reiseaktivitet stanses umiddelbart. Unntak er kritiske reiser. Unntak besluttet av administrerende direktør.
- Styret vedtar investeringsstopp i foretaket ut 2022, unntatt nye Hammerfest Sykehus i henhold til plan, og ved brekkasjer som er kritisk. Unntak besluttet av administrerende direktør.

3. Det er avgjørende at alle ansatte forstår den alvorlige situasjonen og styret ber derfor om gjennomføring av informasjonsmøter med alle ansatte om den alvorlige situasjonen, samt at det utarbeides en plan for videre hyppig informasjon framover. Styret ber om å inviteres til informasjonsmøtene.

4. Styret konstaterer at tiltaksgjennomføringen er svak og at det er gjennomført ansettelser utover budsjett. Styret understreker at manglende oppfølging av beslutninger og budsjett vil få konsekvenser.

5. Styret understreker at de vedtak som ble gjort i sak 36/2022 inkludert protokolltilførsel fortsatt gjelder, blant annet nedtak av senger, tilpasning av bemanning, riktig bruk av spisskompetanse, økt bruk av digitale konsultasjoner osv.

6. Styret ber om at det gis konkret tilbakemelding på resultater av vedtakene over i de kommende styremøtene, samt vesentlige konsekvenser for drift som følge av tiltakene.

27.-28. april 2022: Sak 36/2022 Kostnadseffektivisering 2022, oppfølging av styresak 61/2021 rapport fra KPMG vedørende aktivitet og økonomi i Finnmarkssykehuset HF, og styresak 86/2021 Handlingsplan med tiltak kostnadseffektivisering 2022

Vedtatt mot fire stemmer; Kicki Nytun, Thor-Egil Sundelius, Mariana Bergman, Eirik Johannes Olsson.

Styrets vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF legger forslag til vedtak i foretaksmøtet 06.04.2022 til grunn for det videre arbeidet.
2. Styret vedtar den økonomiske tiltaksplan for kostnadseffektivisering 2022, og ber administrerende direktør vurdere ekstern bistand for å ivareta det omstillingsarbeidet.

Beregnet effekt av tiltak	2022	2023	2024
Redusere senger	6 700	20 000	
Redusere innleie fra byrå, intensivsykepleiere		12 000	12 000
Redusere innleie fra byrå, PHR		21 500	
Øke antall konsultasjoner VPP	2 900		
Øke antall konsultasjoner BUP	2 200		
Sykepleierpoliklinikk		965	
Økt aktivitet generell kirurgi	1 300	3 854	
Økt aktivitet ortopedi	1 200	3 644	
Redusere innleie fra byrå, leger		12 488	
Totalt	14 300	74 451	12 000

3. Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar at det i første omgang tas ned 15 senger innen 01.10.2022. Styret ber om orientering i virksomhetsrapporter av utvikling og effekt i forbindelse med omstillingsprosessen. Dersom ønsket effekt oppnås, iverksettes steg 2, og det tas ned ytterligere 7 senger.

Avdeling	Normerte senger 2022	Behov med 85% utnyttelse (basert på 2021 tall)			
		Potensial for reduksjon	Forslag steg 1	Forslag steg 2	
Somatisk post Alta	14	10	4	4	
Med.sengepost Hammerfest	33	30	3	2	
Kir-ort sengepost Hammerfest	22	21	1	0	
Kvinne/føde Hammerfest	14	10	4	4	
Barnepost Hammerfest	8	5	3	2	
Med.sengepost Kirkenes	24	20	4	2	
Kir-ort sengepost Kirkenes	16	11	2	1	
føde-gyn Kirkenes	5	5	0	0	
Sum	136	111	22	15	

4. Styret ber om at bemanningsplaner tilpasses vedtaks punkt tre, og styret ber å bli informert om den forpliktende fremdriftsplan som oversendes til Helse Nord RHF, i styremøtet i mai.
5. Styret ber administrerende direktør sikre oppfølging og implementering innenfor eksisterende budsjett rammer av forbedringsarbeidet knyttet til delprosjekt 4.2-4.8.
6. Styret tar handlingsplaner digitale konsultasjoner til orientering, og forventer at måltall om 15% digitale konsultasjoner nås for hver klinikk/sykehus innen utgangen av 2022.

7. Styret er opptatt av at rett kompetanse brukes på rett plass. Dette betyr blant annet at spesialister, spesialsykepleiere og annen spisskompetanse brukes primært på sine relevante faglige oppgaver og at mer ordinære driftsoppgaver håndteres av annet personell.

8. Styret gjentar mål om at endring i oppgaver og redusert innleie innebærer at ingen sies opp

Protokolltilførsel til styresak 36/2022 - stemmeforklaring:

Ansatte valgte er uenig i vedtakspunkt 3 og 4 da vedtaket strider mot anbefalinger fra de tre medisinsk faglige rådgiverne jf. Brev av 01.04.22. Vi viser til brev av 04.04.22 til administrerende direktør og 25.04.22 til styret. Vi ønsker konsekvensanalyse og ROS analyse i forhold til personellflukt.

Thor-Egil Sundelius /s/ Kicki Nyttun /s/ Eirik Johannes Olsson /s/ Mariana Bergman /S/

Helse Nord IKT

4.mai 2022: Styresak 23/2022 Vedtak i foretaksmøte 6. april 2022 – orientering og oppfølging

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord IKT tar orienteringen om foretaksmøtets vedtak 6. april i år til orientering
2. Styret ber administrasjonen orientere om bemanningsutvikling og foreslå tiltak knyttet til ressursbruk i drift, forvaltning og prosjektgjennomføring ovenfor Helse Nord RHF i samsvar med saksframlegget.
3. Styret i Helse Nord IKT ber administrasjon synliggjøre tiltak som kan bidra til vesentlig kostnadsreduksjon eller kostnadsøkning for foretaksgruppen.

Vedlegg 2

Protokoller fra foretaksmøte 6.4.2022, styresak 27-2022, 15-2022, 43-2020,122-2019

Protokoll foretaksmøte 6. april 2022

6. april 2022 ble det avholdt foretaksmøter med alle helseforetakene. Helseforetakene fikk følgende oppdrag:

For å oppnå resultatkravet i 2022 skal XX HF (sykehusforetakene)

- 1. Innen 10.5.2022 utarbeide en forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet i 2022. Planen skal ha månedlig prognose for bemanning, innleie av personell og kapasitetsutnyttelse pr. klinikk. Planen skal være konkret på hvilke tiltak som skal gjennomføres hvor ansvar, tidsfrister og milepeler fremkommer. Planen skal være drøftet med foretakstillitsvalgt og foretaksverneombud*
- 2. Rapportere månedlig status for fremdriftsplanen i virksomhetsrapportene f.o.m. periode 4-2022.*
- 3. Rette full oppmerksomhet mot konsolidering og stabilisering av ordinær drift for å oppnå økonomisk kontroll, i tråd med forpliktelser i bærekraftanalysene, så raskt som mulig.*
- 4. Sikre at forslag til tiltak og aktiviteter knyttet til omstillingsarbeidet, utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerne.*
- 5. Sikre at omstillingsarbeidet ikke går på bekostning av de overordnede målsetningene.*

Omstillingsplanen skal godkjennes av styret i Helse Nord RHF.

Styresak 27-2022 Omstillingsplaner helseforetakene – status, oppfølging av styresak 5-2022 og 147-2021

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF er ikke fornøyd med fremdrift i helseforetakenes omstillingsarbeid og ser behov for en forpliktende fremdriftsplan for regionens omstillingsarbeid, med månedlig rapportering og prognoser for helseforetakenes bemanning, innleie av personell og kapasitetsutnyttelse.
2. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør i neste styremøte legge frem forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet, herunder arbeidet med aktivitetsstyrt oppgaveplanlegging.
3. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør planlegge redusert og/eller utsatt investeringsnivå i rullering av økonomisk langtidsplan.

4. Styret i Helse Nord RHF ber om at det rettes full oppmerksomhet mot konsolidering og stabilisering av ordinær drift for å oppnå økonomisk kontroll så raskt som mulig, herunder eventuell utsettelse av regionale prosjekter.
5. Styret forutsetter at forslag til tiltak og aktiviteter knyttet til omstillingsarbeidet, utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerne.
6. Styret forutsetter at omstillingsarbeidet ikke skal gå på bekostning av de overordnede målsetningene.
7. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør innkalle til foretaksmøte med styrene i helseforetakene for å stadfeste krav om forpliktende fremdriftsplan for omstillingsarbeidet.

Styresak 15-2022 Risikovurdering av hovedmål 2022

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om risikovurdering av overordnede mål for 2022 til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør følge opp tiltakene i tråd med saksfremlegg og diskusjonen i styret, og legge frem oppdatert risikovurdering som en del av tertialrapporteringen.
3. Styret vurderer at den demografiske utviklingen i Nord-Norge må tas på alvor og støtter at det igangsettes et omstillingsarbeid som samlet sett gjør regionen mindre sårbar. Dette for å sikre befolkningen i Nord-Norge helsetjenester av god kvalitet til rett tid.
4. Styret stiller seg bak behovet for å utrede andre måter å organisere det samlede tilbudet på for å gjøre organisasjonen mer robust, og for å øke sannsynligheten for måloppnåelse både i 2022 og frem mot planleggingshorisont 2038.

Styresak 43-2020 Prosjekt Styrke økonomisk bærekraft, fase 2 - utkast til mandat, oppfølging av styresak 122-2019

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om prosjekt Styrke økonomisk bærekraft, fase 2 til orientering, og slutter seg til at områdene Bedre styring og kontroll med ressursplanleggingen og Redusere antall AMK-sentraler, prioriteres for neste fase i prosjektet.
2. Styret forutsetter at det videre arbeid skjer i nært samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerorganisasjoner.
3. Styret ber om å bli orientert om fremdriften i prosjektet gjennom virksomhetsrapportene.

Styresak 122-2019 Økt økonomisk bærekraft i regionen

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar rapporten Styrke økonomisk bærekraft til orientering.
2. Styret ber adm. direktør legge frem forslag til mandat for det videre arbeidet innen utgangen av mars 2020, slik at styret gis anledning til å komme med innspill på prioriterte områder for det videre arbeidet. Styret ber om en prioritering av tiltak som raskt kan gi effekt for den økonomiske bærekraften.
3. Styret forutsetter at forslag til tiltak og aktiviteter som skal bidra til økt økonomisk bærekraft i foretaksgruppen, utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerne.

KOPPI

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Hilde Rolandsen

Dato:
12.09.2022

RBU-sak 66–2022

Oppdragsdokument 2023 til helseforetakene - prosess

Formål

Avklare Regionalt brukerutvalgs medvirkning i arbeidet med oppdragsdokument (OD) 2023 fra Helse Nord RHF til helseforetakene.

Bakgrunn

Arbeidet med OD 2023 i Helse Nord RHF starter i september/oktober.

Proessen i forkant av et endelig oppdragsdokument til helseforetakene er todelt.

1. Oppdragsdokument fra HOD til de regionale helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gir et oppdragsdokument til de regionale helseforetakene (RHF-ene). Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som stilles til de regionale helseforetakene. Oppdragsdokumentet gis formelt til de regionale helseforetakene i midten av januar, like etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget.

HODs oppdragsdokumenter til RHF-ene har to formål:

- Det blir stilt styringskrav til RHF-ene.
- Midlene i Stortingets budsjettvedtak blir formelt stilt til RHF-enes disposisjon.

Alle styringskrav i dokumentet skal rapporteres på til HOD i *årlig melding*.

Regionalt brukerutvalg er invitert til å gi innspill til HOD gjennom interregionalt brukerutvalg (IRBU). Leder av RBU-ene inviteres til et eget innspillsmøte med HOD i oktober.

2. Oppdragsdokument fra Helse Nord RHF til helseforetakene

På bakgrunn av oppdragsdokumentet fra HOD til Helse Nord RHF, utarbeider Helse Nord RHF et oppdragsdokument til helseforetakene i regionen. Her videreføres noen av kravene fra HOD, men det stilles også egne krav fra Helse Nord RHF.

Brukerutvalgenes medvirkning

Brukernes medvirkning i OD fra Helse Nord til helseforetakene foreslås ivaretatt gjennom følgende saksgang

September	Orientering om OD-prosessene, avklare brukermedvirkning
Oktober	Gjennomgang og diskusjon av egne innspill og innspill fra brukerutvalgene
November	RBU melder inn prioriterte krav inn i OD 2023, samt gir innspill på foreløpige krav. (<i>Utkast til oppdragsdokument (i excel) ettersendes</i>)
Januar	Formell behandling i forkant av endelig styrebehandling i februar
Juni	Invitasjon til BU/UR i helseforetakene om å komme med innspill til neste års prosess

Oppdragsdokumentet overrekkes formelt i februar hvert år.

Helse Nord RHF sendte i august ut et brev til Ungdomsråd og Brukerutvalg i helseforetakene med invitasjon om å gi innspill til OD 2023 (vedlegg). Frist for å sende innspill er 5. oktober 2022, og disse vil legges ved saksdokumentene til møtet 17. oktober 2022.

RBUs medlemmer som har egne innspill til videre arbeid med OD2023 kan argumentere for disse i førstkommende RBU-møte.

Konklusjon:

RBU inviteres til å komme med innspill til oppdragsdokumentet 2023. Innspillene skal synliggjøre viktige områder for RBU, og bør være så konkrete og målbare som mulig.

Formålet med behandling i RBU i september er at RBU på et tidlig tidspunkt kan diskutere på hvilke områder det er viktig å komme med innspill, både til HOD og til Helse Nord RHF's interne prosess. RBU bør også diskutere på hvilken måte en skal prioritere forslagene til OD 2023 skal gjøre.

Forslag til vedtak

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

Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om prosess for Oppdragsdokumentet 2023 til orientering.

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Brev av 26. august 2022 til helseforetakene angående brukerutvalg og ungdomsråd – innspill til Oppdragsdokument 2023.

Utrykt vedlegg:

1. <https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument%202022%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20helseforetakene.pdf>

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

«Kontakt»

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler Dato:
«REF» 2021/1343-63/661 Cecilie Henriksen/ Bodø, 26.08.2022

Brukerutvalg og ungdomsråd - innspill til oppdragsdokument 2023

Det regionale arbeidet med utforming av oppdragsdokumentet starter formelt i september, og sluttstilles med styrebehandling i februar. Brukermedvirkning skjer ved at Regionalt brukerutvalg (RBU) inviteres til å gi innspill gjennom to prosesser:

1. Innspill til Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til alle regionale helseforetak (RHF)
2. Innspill til Helse Nord RHF's oppdragsdokument til helseforetakene i vår region

Ledere i de regionale brukerutvalgene innkalles til et felles møte med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for å overbringe RBU-enes innspill til oppdragsdokument til RHF-ene (1). Helse Nord RHF's oppdragsdokument til helseforetakene (2) tar utgangspunkt i oppdragsdokumentet fra HOD, men omfatter også oppdrag begrunnet i regionale behov og prioriteringer.

RBU inviterer herved Ungdomsråd og Brukerutvalg i helseforetakene til å gi innspill til oppdrag i oppdragsdokumentet for 2023. Frist for å sende innspill er **5. oktober 2022**.

Oppdragsdokumentet kan ikke være for omfattende. Hvert utvalg bes derfor prioritere **tre innspill**, helst med begrunnelse.

Innspillene skal synliggjøre viktige områder for brukerne. Innspill bør utformes på en måte som gjør oppdragene konkrete og målbare. Godt formulerte oppdrag gjør det også enklere å evaluere/vurdere måloppnåelse.

Tidligere oppdragsdokument er publisert på Helse Nord RHF's nettside: <https://helse-nord.no/om-oss/hva-gjor-helse-nord-rhf/oppdragsdokument>.

RBU skal etter planen gjennomgå og prioritere egne og innkomne forslag i sitt møte 17. oktober 2022.

Vennlig hilsen

Cecilie Henriksen
rådgiver

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Espen Mælen Hauge

Dato:
12.9.2022

RBU-sak 67-2022

Regional utviklingsplan 2023-2038 høringsprosess

Formål

Formålet med saken er å gi en introduksjon til oppdatert regional utviklingsplan (RU2038, høringsutkastet) som skal behandles i Helse Nord RHF's styremøte 28. september 2022. I saken vil Regionalt brukerutvalg (RBU) orienteres om hovedelementene i planen og den forestående høringsrunden. Vedlagt saksnotatet følger en lysbilde-serie som illustrerer utviklingsplanens innhold. I tillegg foreslås det at RBU behandler dokumentet i neste RBU-møte med sikte på å utarbeide et skriftlig hørings svar.

Prosess og mandat for arbeidet

Helse Nord RHF er for tiden i sluttfasen av arbeidet med oppdatering av gjeldende regionale utviklingsplan 2035. Den nye planen vil gjelde for perioden 2023-2038. Utkastet er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentet for 2020. Foretaksmøtet 14. januar 2020 ba Helse Nord om at;

- ▷ *det utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022. Arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. Planene skal sendes på høring.*
- ▷ *de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, innen utgangen av juni 2020 sikrer en revisjon av veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i NHSP.*

Iht. krav nr. 50 i *Oppdragsdokument 2021* fra Helse Nord RHF skal helseforetakene

- ▷ *oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet.*

Regional utviklingsplan er det regionale helseforetakets øverste strategiske dokument, og understøttes av mer detaljerte delstrategier og planer. I tråd med veileder for arbeidet med utviklingsplaner, skal regional utviklingsplan danne grunnlag for utviklingen i spesialisthelsetjenesten i nord, og angi ønsket utviklingsretning med tiltak for å møte fremtidens utfordringer.

Arbeidets mandat og innretning ble besluttet av styret i Helse Nord RHF i *styresak 121-2021 Regional utviklingsplan 2038 – premisser og innretning for arbeidet*, den 29.

september 2021. Som del av prosessen ved utarbeidelse av høringsutkastet til *Regional utviklingsplan 2023–2038*, ble det dannet en regional nettverksgruppe sammensatt av alle helseforetakene i Helse Nord og Helse Nord RHF. Den regionale nettverksgruppen har vært et forum for gjensidig samarbeid, informasjons- og erfaringsutveksling underveis i prosessen.

Administrerende direktør har fulgt prosessen gjennom styringsgruppen som består av ledergruppen i Helse Nord RHF, to konserntillitsvalgte og to brukerrepresentanter.

Høringsutkastets struktur jf. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

Regional utviklingsplan angir både strategisk retning på lang sikt mot 2038 og for de første fire årene. *Strategi for Helse Nord RHF (2021–2024)*, vedtatt 24. februar 2021 vil i denne sammenheng dekke første del av planperioden. Høringsutkastet består av to deler. Del 1 beskriver helseregionens særpreg og særegne utfordringer, behovet for omstilling og målområder for utviklingsplanen. Under hvert målområde skisseres en overordnet retning mot 2038.

I del 2 beskrives oppdraget, Helse Nord RHF's samfunnsoppdrag, andre regionale delstrategier, det helhetlige utfordringsbildet, bærekraftforutsetninger, framskrivninger og øvrig planverk som *Helse Nord RHF's strategi 2021-2024* og *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Del 1 dekker det veilederen omtaler som analyse og veivalg og svarer således ut strategiske retningsvalg mot 2038 som i planperioden følges opp gjennom videre utredninger og handlingsplaner.

Videre prosess

Fremtidens helsevesen angår oss alle og vi har derfor valgt å holde høringen åpen for alle som ønsker å gi innspill. Hørings svar kan gis via Helse Nord RHF sitt nettsted www.helse-nord.no fra 30. september 2022. Høringsfristen er 10. november 2022, og forslag til endelig plan legges frem for styret i Helse Nord RHF 14. desember 2022.

Helse Nord RHF ønsker uttalelse fra RBU og antar det er hensiktsmessig at innspillet behandles som en egen sak i RBU-møtet i oktober. Administrerende direktør ønsker i tillegg å invitere RBU til å utforme et særskilt forord til plandokumentet som skal skrives inn i forlengelsen av direktørens eget forord.

Alle hørings svar publiseres fortløpende på våre nettsider. Helseforetakene skal oversende de lokale utviklingsplanene etter styrebehandling, slik at det regionale helseforetaket kan innarbeide disse i den regionale utviklingsplanen. Den styrebehandlede regionale utviklingsplanen oversendes deretter Helse- og omsorgsdepartementet.

Hovedutfordringer mot 2038

Helse Nord RHF har *sørge for-ansvar* for om lag 9 % av befolkningen, spredt på nesten halvparten av Norges landareal. Mange små kommuner og lav forventet befolkningsvekst bidrar til en aldersforskyvning i befolkningen. Høyere levealder og medisinske fremskritt gjør at flere lever lenge med ulike helseplager og sykdom. Medisinsk faglig utvikling og kostbart medisinsk teknisk utstyr gjør det krevende å opprettholde dagens desentrale struktur. Det er særlig vaktbærende og spesialiserte tilbud som enkelte typer kreftkirurgi, avansert kirurgi og sjeldne tilstander som krever

et større befolkningsgrunnlag, spesialisert kompetanse og erfaring. Tilstrekkelig tilgang til kvalifisert helsepersonell er allerede i dag en foretaksovergripende problemstilling og en godt belyst utfordring også i resten av landet.

De særegne utfordringene er illustrert i mosaikkbildet nedenfor;



Behov for omstilling

Den medisinsk-faglige utviklingen med stadig mer faglig spissing, spesialisering og grenspesialisering er allerede utfordrende. Skjerpede krav til spesialistkompetanse og mengdetrening, samt kostbart investeringskrevende høyspesialisert medisinsk-teknisk utstyr gjør det krevende å drive desentralt og med mange mindre enheter. Dagens nåværende struktur vil derfor ikke være bærekraftig eller mulig å opprettholde. Tilgangen til kvalifisert personell forventes å være en sterk driver for å samle flere funksjoner, da kompetente medarbeidere er en forutsetning for å levere kvalitativt gode spesialisthelsetjenester fremover.

I en endret struktur kan elektive sykehus inngå som del av fremtidens løsning. Knappe ressurser må vurderes i en regional sammenheng til det beste for innbyggerne i regionen og flere støttefunksjoner må samles for en bedre ressursutnyttelse. Det blir nødvendig å bygge opp større regionale kompetansemiljø, både av hensyn til bedre ressursutnyttelse, faglig utvikling og for å unngå dobbeltarbeid. For å lykkes fremover må vi fortsatt bygge struktur og kultur for lagspill og gode samarbeids- og samhandlingsformer som kan utvikle større fagmiljø på tvers av helseforetak, sektorer og omsorgsnivå.

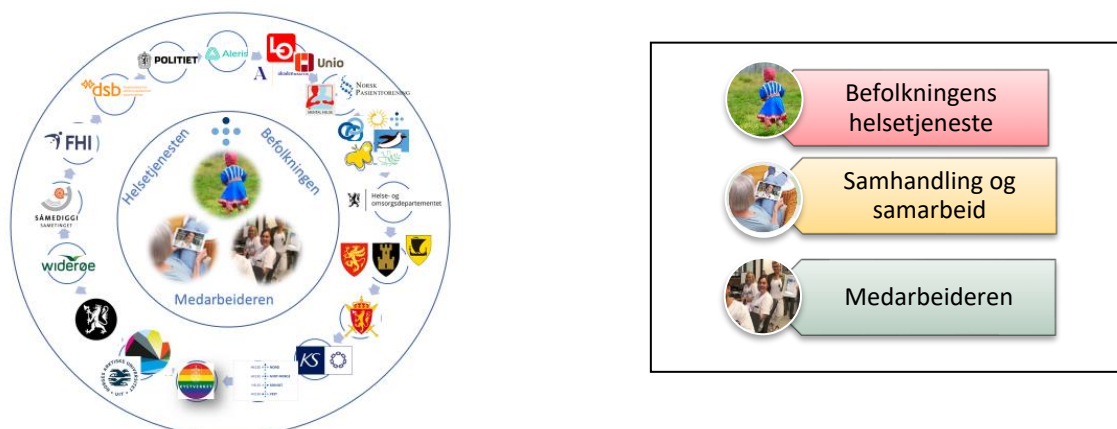
Målområder mot 2038

Regional utviklingsplan 2038 har valgt tre målområder frem mot 2038. Det første representerer pasientene, de pårørende og befolkningen. Målområdet omtales som vår felles helsetjeneste. For å bruke de samlede ressursene bedre, må det legges betydelig mer vekt på forebygging av sykdom og psykisk uhelse, og pasienter og pårørende må sterkere involveres i egen helse. Det forutsetter bedre helsekompetanse og videreutvikling av digitale helsetilbud. Bedre samhandling og samarbeid både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, er nødvendig for å skape en helhetlig helsetjeneste og sammenhengende pasientforløp. I tillegg er samarbeid med andre sektorer nødvendig for å skape gode spesialisthelsetjenester.

Samhandling og samarbeid innad i det enkelte helseforetak, mellom helseforetak og med kommunene blir enda viktigere i årene som kommer. Høyere levealder, bedre behandlingsmuligheter og overlevelse har gjort at større deler av befolkningen vil trenge hjelp med flere samtidige sykdommer over lengre tid. Teknologisk utvikling gjør det mulig å flytte tjenester fra sykehus til hjemmet, noe som gir bedre og tryggere tjenester, og andre muligheter for medvirkning fra pasienter og pårørende. Utviklingen av helsefelleskapene og det kliniske samarbeidet for de prioriterte gruppene viser retning fremover.

Medarbeiderne er den viktigste innsatsfaktoren i helsevesenet og avgjørende for vår evne og mulighet til å levere gode spesialisthelsetjenester og stadig forbedre tjenesten. Medarbeidernes kunnskap og kompetanse er bærebjelken i spesialisthelsetjenesten og et sentralt målområde for utviklingsplanen. Målet er å sikre tilstrekkelig med kompetanse og attraktive arbeidsplasser for ledere og ansatte.

De tre målområdene er gjensidig avhengige av hverandre og sine omgivelser. Dette forholdet er illustrert i figuren nedenfor;



Konklusjon

Regional utviklingsplan for Helse Nord 2038 er en oppdatering av den første regionale utviklingsplanen, som var illustrert med en fyrlykt og omtalt som en fyrlykt for helsetilbudet. Det skal også den oppdaterte utviklingsplanen være. Det vil si en retningsviser og et instrument å navigere etter. Å lage en plan for utviklingen av helsetjenesten i et 15 års perspektiv er et vanskelig oppdrag, men også nødvendig og meningsfullt.

Regional utviklingsplan 2038 viderefører retningen fra den gamle planen, samtidig bygger den på *Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024* som etablerte prioriterte strategiske grep som er nødvendig å ta på kort sikt for å kunne nå de langsiktige målene i utviklingsplanen. Strategien ble et viktig grunnlag for revisjon av regional utviklingsplan, som er Helse Nord RHF's førende strategi for langsiktig utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Det er læringspunkter fra arbeidet med den første utviklingsplanen, fra strategiarbeidet og erfaringer fra gjennomføringen så langt, som har ledet oss til forslag til høringsversjon som skal legges fram for styret. Høringsversjonen er kommet til gjennom

involvering av de ansatte i det regionale helseforetaket og dialog med interessenter og samarbeidsparter. Høringsperioden vil benyttes til ytterligere involvering og forankring.

Den aller viktigste driveren for etterspørselen etter helsetjenester framover vil være endringer i befolkningssammensetningen. Den demografiske utviklingen har bidratt til en aldersforskyvning med flere eldre og færre yngre. Det er særlig de eldre som bruker mest helsetjenester. Å møte den største brukergruppen, mange med alvorlige og flere sykdommer, på en faglig god måte slik at de får hjelp for og redusert sine plager, blir helsetjenestens dominerende oppgave.

Dette er en oppgave som ikke bli mindre av at en betydelig utfordring framover vil være stabilisering og rekruttering av helsepersonell med riktig kompetanse. Tilstrekkelig antall ansatte med riktig kompetanse er en særlig utfordring. Innovasjon, digitalisering og bruk av ny teknologi vil imidlertid kunne gi nye muligheter og løsninger. Utvikling av teknologi og nye arbeidsformer vil påvirke behovet for kompetanse og kompetanseutvikling og tverrfaglighet og kombinasjonsutdanninger blir viktigere.

Det er ingen tvil om at demografiutviklingen vil få betydelig større innvirkning på vår evne til å levere likeverdige spesialisthelsetjenester i årene som kommer. Befolkningsutviklingen i Nord-Norge viser nedgang, mens resten av landet vokser. Det får negative konsekvenser for inntektsrammene både for spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren.

Samfunnsmessige drivere og medisinsk-faglig utvikling fremmer økt spesialisering, stiller stadig større krav til formell kompetanse og etterlevelse av nasjonale retningslinjer og anbefalinger. Endring i befolkningens sykdomsbilde med bedre overlevelse øker behovet for samhandling med kommunene slik at pasientene får gode og sammenhengende pasientforløp. Det er i denne konteksten vi også fremover skal levere gode spesialisthelsetjenester til befolkningen i Helse Nord.

For å etterleve faglige krav til kvalitet og forsvarlighet er det nødvendig å omstille måten tjenester leveres på og skape nye samarbeidsformer. Det kan innebære både strukturendring og endret funksjonsdeling. Elektive sykehus kan inngå som del av fremtidens løsning. Mangelen på helsepersonell gjør at knappe ressurser må vurderes i en regional sammenheng til det beste for innbyggerne i regionen. Flere funksjoner må samles for å bedre ressursutnyttelsen og legge til rette for faglig utvikling. Tilstrekkelig tilgang til, og riktig anvendelse av kompetente medarbeidere er en sentral forutsetning for å kunne tilby gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det er et mål at pasientene skal møte en sammenhengende helsetjeneste.

Utviklingsplanen peker på behov for samarbeid og felles løsning av utfordringene, og at dette blir stadig viktigere. Dette gjelder i sykehusene, mellom helseforetak, og ikke minst mellom helseforetak og de andre delene av helsetjenesten. Samarbeidet og samhandlingen må derfor videreutvikles i årene fremover.

Landsdelens sentrale beliggenhet i nordområdene taler for at Nord-Norge i årene fremover vil få en mer sentral rolle i et sikkerhetsperspektiv. Helse Nord er en stor samfunnsaktør og utøvende kapasitet i både forebygging, beredskap og krisehåndtering. Samarbeid skal gjøre oss bedre rustet til å møte det store utfordringsbildet, der

informasjonssikkerhet, klimaendringer, ekstremvær og naturkatastrofer, migrasjon, pandemi og krig inngår. Det helhetlige utfordringsbildet stiller større krav til beredskap for å verne befolkningens liv og helse gjennom å sikre at befolkningen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester i hele krisespekteret. Det tverrsektorielle beredskapssamarbeidet, og totalforsvarsarbeidet, må derfor videreutvikles for å sikre tilstrekkelig robusthet for vår beredskap i spesialisthelsetjenesten.

Helse Nord skal innrette sin virksomhet i tråd med nasjonale mål og bærekraftig bruk av ressurser. Dette er en grunnleggende rettesnor og plassert som et fundament i vårt rammeverk for strategisk utvikling.

Forslag til vedtak

Det regionale brukerutvalget inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Det regionale brukerutvalget tar høringsprosess om *Regional utviklingsplan 2023-2038* til orientering.
2. Det regionale brukerutvalget tar imot invitasjonen om å skrive et eget forord til *Regional utviklingsplan 2023-2038*.

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

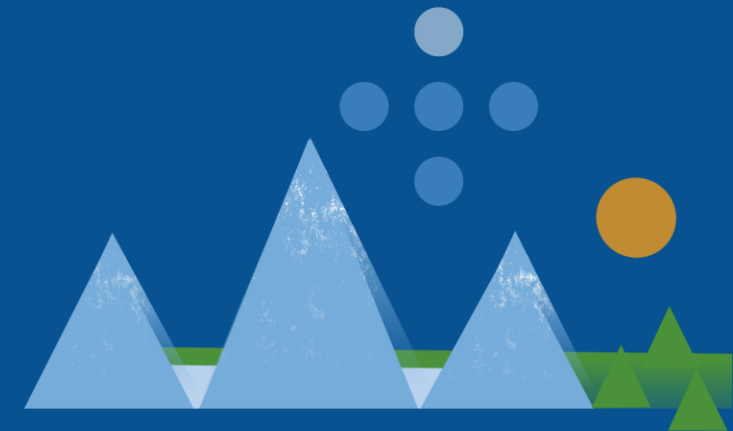
Vedlegg:

1. Regional utviklingsplan 2023-2038 innhold

Regional utviklingsplan 2038

RBU-møtet 19.09.22

Vedlegg til sak om høringsprosess for RU38



Sammen om helse i nord

Samfunnsansvaret

Sørge for-ansvaret

- Tilby spesialisthelsetjenester
- Prioritere
 - Nytte
 - Ressursbruk
 - Alvorlighetsgrad
- Kontinuerlig forbedring



Godt eierskap

- Overordnet ansvar for å iverksette nasjonal helsepolitikk
- Planlegge, organisere, styre og samordne helseforetakene



HEL



Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling

VISJON

Sammen om helse i nord



FORMÅL

Vi sørger for spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge, iverksetter nasjonal helsepolitikk og tar samfunnsansvar



STYRINGSMÅL

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



INNSATSOMRÅDER

- Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
- Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
- Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
- Vi forbedrer gjennom samarbeid
- Vi er forberedt



HOVEDOPPGAVER

Vi legger til rette for, planlegger, organiserer og fremmer:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning og innovasjon
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling



VERDIER

Kvalitet • Trygghet • Respekt • Lagspill



Bærekraftig utvikling – Kontinuerlig forbedring

lse i nord

Sammen om helse i nord

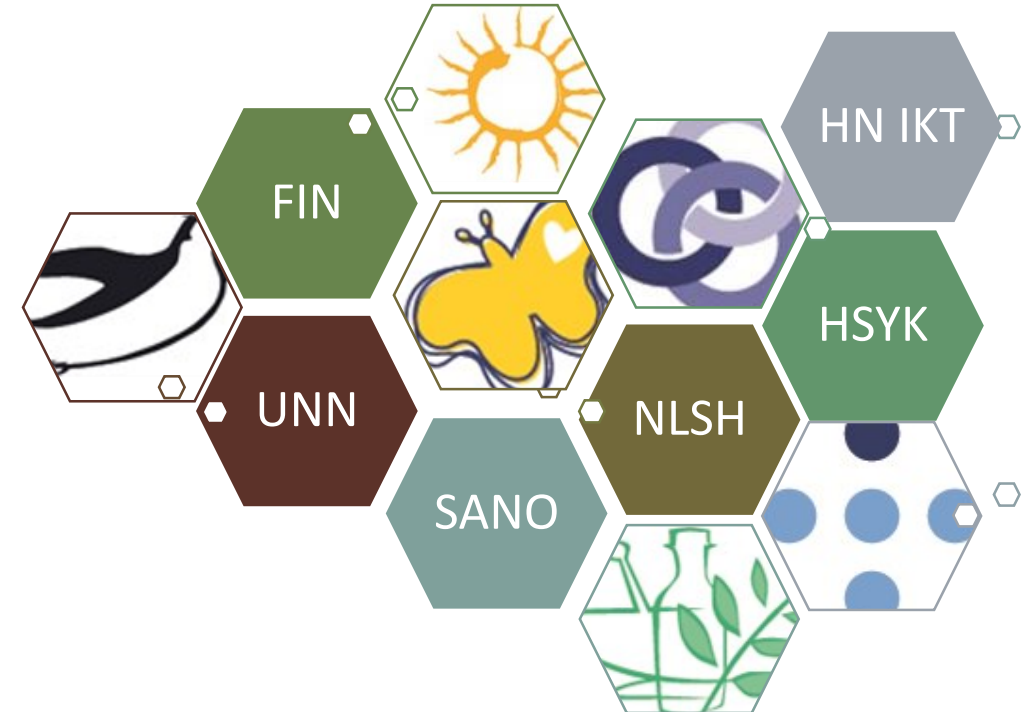


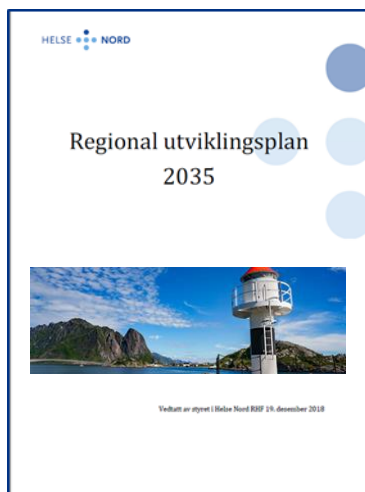
Strategi for Helse Nord RHF
2021–2024



Sammen om helse i nord

Regional utviklingsplan Helse Nord 2035

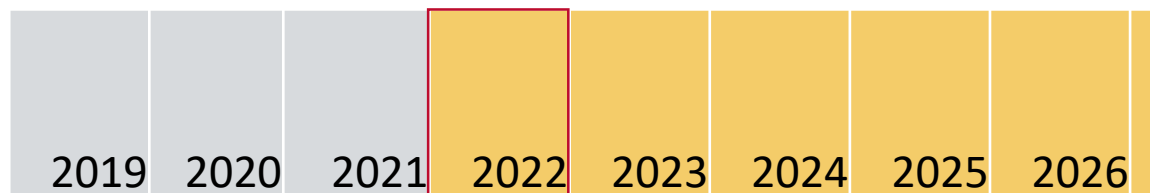




Regional utviklingsplan for Helse Nord 2035

År fire i gjennomføringen av en 17-års plan

– oppdraget er å oppdatere. Eller skal vi endre kurs?

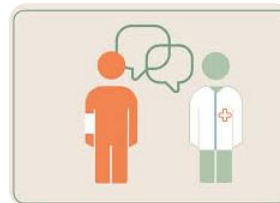


Regional utviklingsplan for Helse Nord 2035

Pasientens
helsetjeneste



Kvalitet i
pasient-
behandlingen



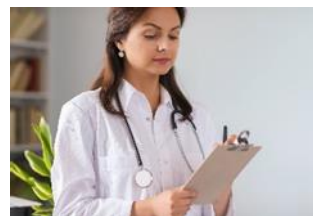
Utvikling av
helsetjenesten
for den samiske
befolkning



Samhandling
med
primærhelse-
tjenesten



Bemanning og
kompetanse



Forskning og
innovasjon



Økonomi,
kontinuerlig
forbedring og
omstilling



Teknologi

Bygg og
kapasitet



Samfunnstrender og utviklingstrekk

Vi blir flere eldre



Helse- og sykdomsbildet i befolkningen endrer seg



Det helhetlige utfordringsbildet



Vi blir færre yngre



Medisinsk- og teknologisk utvikling gir nye muligheter



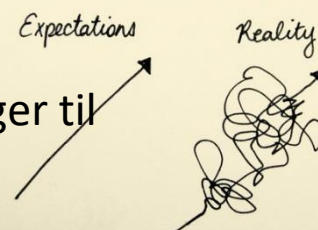
En bærekraftig verden



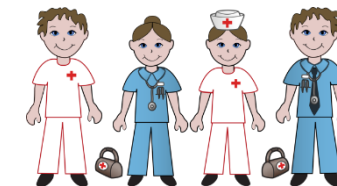
Sentralisering



Økte forventninger til helsetjenesten

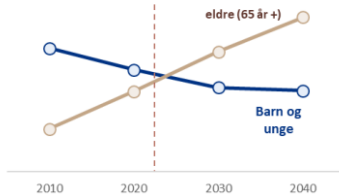


Knapphet på helsefaglig personell



Hva er spesielt for Helse Nord?

Fra 2023 er det flere eldre enn barn og unge



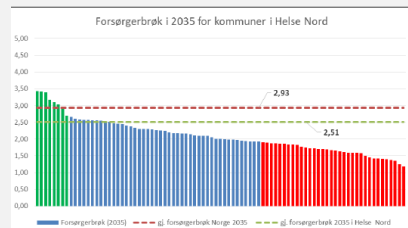
Kun 6 av 80 kommuner vokser



Redusert bevilgning fra inntektsmodellen



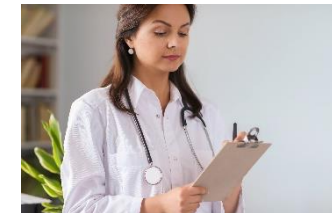
Forsørgerbrøken forverres



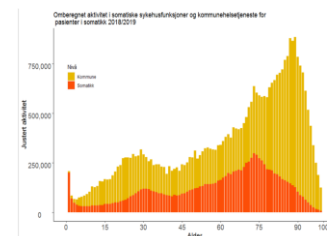
Kommuner i vekst



Vi har flest vikarer



7 kommuner har over 10000 innbyggere



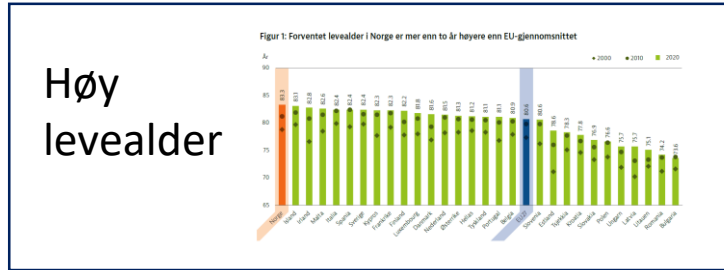
Vi dekker 45 % av landarealet (inkl. Svalbard)



Vi utdanner relativt flest og beholder færrest



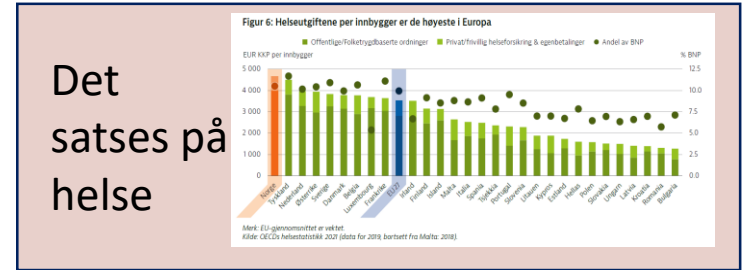
«Et helsevesen i verdensklasse»



Lav spedbarnsdødelighet

TABLE 1.3 Mortality and health indicators, 1995-2017, selected years

	1995	2000	2005	2010	2015	2017*	EU28
Life expectancy at birth, total	77.9	78.8	80.3	81.2	82.4	82.7	80.9
Life expectancy at birth, male	74.8	76.0	77.8	79.0	80.5	81.0	78.3
Life expectancy at birth, female	80.9	81.5	82.7	83.3	84.2	84.3	83.5
Mortality, SDR per 100 000							
All causes	1 303	1 198	1 058	992	907	899	1 002
Circulatory diseases	590	500	374	313	265	247	358
Malignant neoplasms	295	287	278	270	248	243	259
Communicable diseases	13	15	20	22	22	19	16
External causes	60	59	57	56	52	55	46
Infant mortality rate (per 1 000 live births)	4.0	3.8	3.1	2.8	2.3	2.3	3.6
Maternal mortality rate per 100 000 live births (modelled estimate)	-	6	5	4	3	2	6



Hjemmeoppfølging

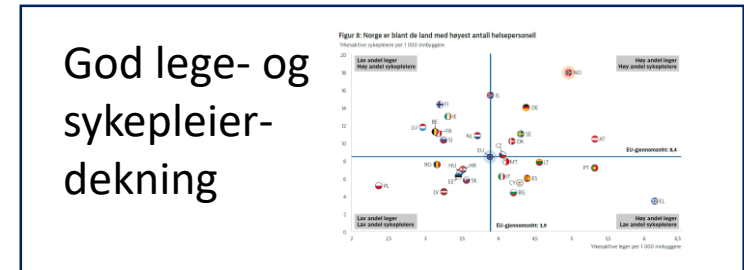
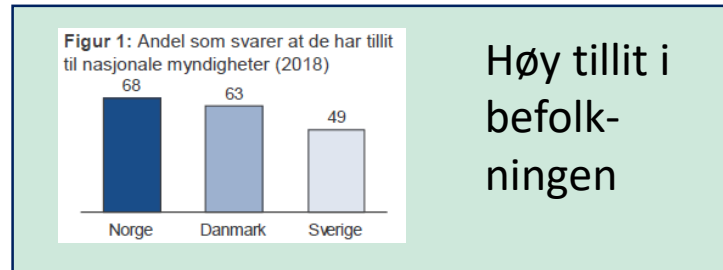
Digital egenregistrering for somatikken

INNFØRING

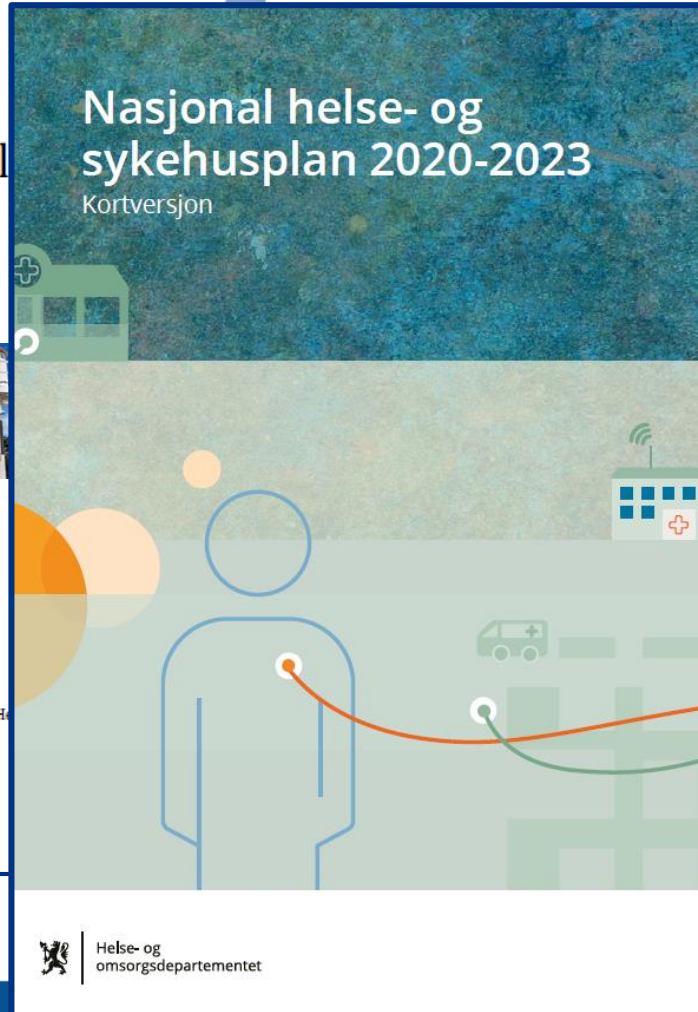
Etter god registrering har du tilgang til informasjon om ditt helsevesen og kan registrere symptomer og tilstander som er relevante for helsen din. Dette kan hjelpe legen din med å finne ut hva som er årsaken til sykdommen din og gi deg råd om hvordan du kan bli frisk.



Digitale innbygger-tjenester




RU38 bygger på NHSP, RU 2035 og strategi 2021–2024



Strategiske valg som gir størst effekt



- 
- Fokuserer på
 - **det viktigste**
 - **de største utfordringene**
 - **de største mulighetene**





Befolkningens
helsetjeneste



Samhandling og
samarbeid



Medarbeideren

Hvordan realisere mulighetene?

Fellesskap med kommunene



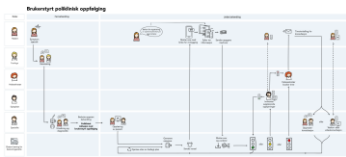
Opprettholde tjenestetilbud



Større faglige enheter



Brukerstyrte tjenester



Funksjonsdeling



Robuste fagmiljø



Samhandling og samarbeid



Digitalisering



Flere støttefunksjoner



Regional utviklingsplan 2038

Sammen om helse i nord



DEL 1
Innsatsområder og tiltak

Regional utviklingsplan 2038

Sammen om helse i nord



DEL 2
Trender, rammer og
forutsetninger



Samfunnsansvar

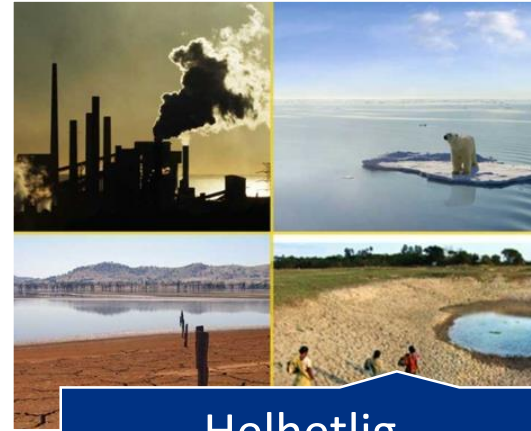
kraftig utvikling



15 BÆREKRAFTSMÅL



Bærekraft



Helhetlig utfordringsbilde



Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

versjon 1.0

Veilederen er utarbeidet på oppdrag fra Helse og Omsorgsdepartementet og er samarbeidsprodukt mellom de fire regionale helseforetakene. Veilederen er godkjent i samarbeidsrådet AD-nåte og er utarbeidet i samarbeid med de regionale helseforetakene. Veilederen skal være til hjelp for arbeidet med utviklingsplaner og gir føringer for prosessen og til innholdet i utviklingsplanene i helseforetakene.

Nasjonal veileder



NHSP

Omberegnet aktivitet i somatiske sykehusfunksjoner og kommunehelsestjeneste for pasienter i somatisk 2018/2019



Fremskrivninger



Fakta om Helse Nord



RHF strategi 2024





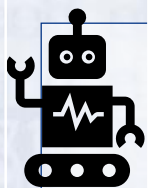
Regional utviklingsplan 2038

Digitale visjonsbilder 2038

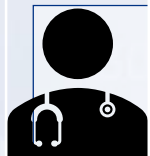




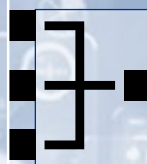
Vi må starte reisen med å se på helsetjenesten fra pasientens ståsted



... og sykehusene våre må bruke teknologi og bli mer digitale for å levere bedre tjenester



Det er vi som kan få det til, vi som medarbeidere, som ledere og som organisasjon



For å få dette til må vi fungere som ett system, ikke mange, ukoordinerte enkeltelement



... og vi må bruke teknologi for å «oppeve» geografisk avstand

Virtuelle sykehus

Ansatt

Pasient

Styring og ledelse

Digitale sykehus







Bilde: Senior Woman At Home, ThinkStock



Sammen om helse i nord

helse-nord.no
facebook.com/helsenord
twitter.com/helsenord

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Sæstad/Bøckmann

Dato:
12.09.2022

RBU-sak 68-2022 Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 - mandat

Formål

Helse Nord RHF ønsker å informere om utkast til mandat for delstrategi psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og ber om forslag til ytterligere forbedringer av mandatet.

Innledning/bakgrunn

I tråd med vedtak i *styresak 64-2022 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, oppfølging av styresak 4-2022*, vedtaks punkt nr. 5, er det utarbeidet utkast til mandat for ny delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert.

Betydelige utfordringer med å yte spesialisthelsetjenester av god kvalitet, til riktig tid¹²³ har medført at det er nødvendig å utarbeide en ny delstrategi før eksisterende utviklingsplan utløper. Ny delstrategi er ment å erstatte gjeldende *Utviklingsplan for psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) 2016-2025*⁴ og skal bidra til å videreutvikle tjenestetilbudet, øke kvaliteten og tilgjengeligheten.

Problemstillinger

Delstrategien skal definere tiltak som skal sørge for at helseforetakene i regionen kan yte spesialisthelsetjenester av tilstrekkelig kvalitet og kapasitet, til riktig tid, og gjennom økonomisk bærekraftige løsninger.

En desentral struktur har vist seg sårbar når tilgangen på høyt utdannet helsepersonell har blitt mer krevende de senere årene. Tilbakemeldinger fra foretaksgruppen beskriver vansker med å skaffe nødvendig helsepersonell for å opprettholde forsvarlig drift. Denne utfordringen har vart over tid, men beskrives nå som mer presserende. Det er derfor behov for nye og målrettede tiltak for å sikre spesialisthelsetjenester av god kvalitet og forsvarlig drift i årene som kommer.

¹ Internrevisjonsrapport 2021-01 Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (12.02.2021)

² Internrevisjonsrapport 2021-02 Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Nordlandssykehuset HF

³ Internrevisjonsrapport 2021-03 Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helgelandssykehuset HF

⁴ [https://helse-](https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Utviklingsplan%20for%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%202016-2025%20endelig%20vedtak.pdf)

[nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Utviklingsplan%20for%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%202016-2025%20endelig%20vedtak.pdf](https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Utviklingsplan%20for%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%202016-2025%20endelig%20vedtak.pdf)

Styret i Helse Nord har bedt om en delstrategi som beskriver:

... Styret forventer at delstrategien også omtaler bredt vurderinger av dagens struktur og innhold innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utkast til mandat åpner for å utrede mulige endringer i organisering, struktur, kapasitet og innhold i tjenestene i psykisk helsevern og TSB. Slike endringer vil kunne påvirke arbeidssituasjonen til ansatte i tjenestene og det vil kunne endre på tjenestetilbudet til pasientene.

Det pågår flere nasjonale utredninger som forventes gi overordnede anbefalinger på områder som kvalitet, faglig innhold, samhandling og brukervedvirkning. Da nasjonale dokumenter vil være førende for aktivitet i Helse Nord, og har vi i dette mandatet valgt å fokusere mye på nødvendige strukturelle og organisatoriske tiltak i regionen.

Konklusjon

Styret i Helse Nord RHF har bedt om at det utarbeides en delstrategi for psykisk helsevern og TSB. Administrasjonen mener at vedlagt utkast til mandat sikrer en grundig gjennomgang av mulige tiltak for å sikre hensiktsmessig organisering, kvalitet og kapasitet i tjenestene i kommende år.

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg tar utkast til mandat for delstrategi psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 til orientering
2. Regionalt brukerutvalg anbefaler følgende endringer for å sikre at mandatet bidrar til at delstrategien svarer ut de viktigste utfordringer på fagområdet;
 - a) ...
 - b) ...
 - c) ...

Bodø, den 12. september 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

Utkast til mandat for delstrategi psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030

Mandat for:

Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord i perioden 2023-2030

Oppdatert 30/08/22

Prosjektnummer i Agresso:	Saksnummer i Elements:	
Behandlet dato: <dato>	Behandlet av (ansvarlig linjeleder): Jon Tomas Finnsson	Utarbeidet av: Kari Bøckmann/ Tarald Sæstad
Beslutning:		
Bemanning av neste fase Leder av utredningsarbeidet, prosjektleder: Andre:		Ferdigstilles dato: <dato>
Signatur ved godkjenning:		

Innhold

1. Bakgrunn.....	3
2. Formål med arbeidet.....	3
3. Omfang, føringer og krav til gjennomføringen.....	4
4. Avgrensing og avhengigheter.....	4
5. Krav til resultat.....	4
6. Tidsramme og ressursbehov.....	5
7. Finansiering.....	5
8. Organisering og ansvar.....	6
9. Kommunikasjon og interessentoppfølging.....	6
10. Vedlegg.....	6

1. Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF har bedt om en felles regional strategi for hvordan utfordringene med bemanning/rekruttering, kapasitet og organisering av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for voksne, barn og unge og TSB kan møtes i årene som kommer (Styresak 64-2022). Styret fattet følgende vedtak:

- 1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, plan for oppfølging av målområdet til orientering.*
- 2. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør styrke innsatsen knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennom tettere oppfølging av måloppnåelse og etablering av ny delstrategi med vurdering av økonomiske rammer for å styrke nødvendig kapasitet og kvalitet. Styret ber adm. direktør starte arbeidet med delstrategien høsten 2022. Øremerking av midler kan brukes som virkemiddel der det vurderes at dette kan ha en effekt. Styret forventer at delstrategien også omtaler bredt vurderinger av dagens struktur og innhold innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*
- 3. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør prioritere noen områder der man raskt utarbeider konkrete handlingsplaner, og om å bli holdt oppdatert på dette arbeidet.*
- 4. Styret ber adm. direktør legge frem for styret mandat for arbeidet med delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling høsten 2022.*

2. Formål med arbeidet

Delstrategi for psykisk helsevern og TSB er en revisjon og videreutvikling av *Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB (2016-2025)* og vil erstatte denne. Delstrategien vil også være et supplement til *Fagplan TSB (2019-2025)*.

Delstrategien skal beskrive en fremtidsrettet organisering av behandlingstilbudet i regionen. Nødvendig kvalitet, kapasitet og kompetanse i tjenestetilbudene skal ligge til grunn for anbefalinger om:

- fordeling og tilgjengelighet av spesialpsykiatriske tjenestetilbud
- fordeling og tilgjengelighet av tjenestetilbudet i TSB
- fordeling og tilgjengelighet av døgnbehandlingsplasser
- fordeling og tilgjengelighet av polikliniske tjenestetilbud, inkludert intensiv poliklinisk behandling, dagbehandling og ambulant behandling

Strategien skal beskrive tilbudet både til barn, ungdom og voksne og særlig vurdere organiseringen av helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter som har behov for dette, for eksempel barn, ungdom og unge voksne.

Endringer som kan forbedre arbeids-, funksjons- og oppgavedeling innad i spesialisthelsetjenesten skal beskrives. Systemer for samhandling og oppgavedeling

med kommunale helse- og omsorgstjenester skal omtales og vurderes med mål om gode og forutsigbare pasientforløp i helsetjenesten som helhet.

Hensiktsmessig bruk av digitale tjenester skal omtales.

Den ferdige delstrategien skal være styrende for Helse Nord RHF sine prioriteringer innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den vil derigjennom også være et styrende dokument for helseforetakene.

Alle tiltak i delstrategien skal begrunnes ut fra faglige, økonomiske og demografiske forhold, samt redegjøre for mulige konsekvenser for pasienter/pårørende og medarbeidere.

3. Omfang, føringer og krav til gjennomføringen

Arbeidsgruppen skal gjennom arbeidet med delstrategien:

- kartlegge nåværende struktur og organisering av tjenestetilbudet i regionen
- beskrive utfordringsbilde i planperioden, inkludert demografiske endringer og rekrutteringsutfordringer
- anbefale områder hvor det i dag er for dårlig kvalitet og/eller kapasitet i tjenesten og hvor det bør utarbeides kortsiktige tiltaksplaner
- kartlegge og evaluere dagens tilbud til den samiske befolkningen

Beskrivelsen av nåværende struktur og organisering skal presenteres som delleveranse for styringsgruppen. Prosjektleder skal presentere status for prosjektet for styringsgruppen kvartalsvis.

4. Avgrensning og avhengigheter

Regjeringen har påbegynt arbeid med tre sentrale stortingsmeldinger¹ som omhandler de tre fagområdene, henholdsvis nasjonal helse- og samhandlingsplan, opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. De tre stortingsmeldingene skal lanseres i løpet av 2023. Delstrategien for psykisk helsevern og TSB vil tilpasses eventuelle endringer i nasjonale føringer og beskrive områder med behov for særegne regionale tilpasninger.

5. Krav til resultat

Det skal utarbeides en delstrategi som skal godkjennes av styret til Helse Nord RHF. Arbeidet med delstrategien skal følge Helse Nord RHF sine retningslinjer for prosjektarbeid og utføres i tråd med veileder for funksjonsdeling i Helse Nord RHF for somatikk, psykisk helsevern og TSB (RL XXXX).

Delstrategien skal anbefale tiltak og strategiske veivalg for hvordan fagfeltet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal utvikles i perioden 2023 – 2030.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/behovene-innen-psykisk-helsevern-og-rusbehandling-i-arene-fremover/id2872387/>

Presisering av innhold i arbeidet skal beskrives gjennom en prosjektplan som godkjennes av styringsgruppen. Prosjektplanen vil inneholde en tentativ tidsplan for når tiltakene kan og bør iverksettes.

Delstrategien vil bli lagt ut på høring høsten 2023.

Delstrategi for psykisk helsevern og TSB skal drøftes med KTV/KVO og behandles i Regionalt brukerutvalg før styrebehandling.

6. Tidsramme og ressursbehov

Tidsramme:

Arbeidet skal gjennomføres innen 12 måneder fra oppstart. Det forventes oppstart oktober/november 2022 og en overlevering av styresak med ferdig utarbeidet delstrategi innen desember 2023.

Ressursbehov:

Det er behov for å sikre bred medvirkning og god dialog med helseforetakene og med eksterne interessenter. Det er behov for en styringsgruppe, arbeidsgruppe og en bredt sammensatt referansegruppe. Ved oppstart vil det utarbeides en interessentanalyse og en kommunikasjonsplan for arbeidet.

Styringsgruppe:	Direktørmøtet i Helse Nord, bruker-/pårørenderepresentant, KTV/KVO
Arbeidsgruppe:	Fire representanter fra Helse Nord RHF (helsefag, analyse og økonomi), tre representanter fra hvert sykehusforetak (voksen, barn/ungdom, TSB), to brukerrepresentanter, KTV/KVO, to representanter for KS/kommuner (en stor og en liten kommune)
Referansegruppe:	Kommuner, Fylkeskommuner, Pasient og brukerombud, Bufetat region nord, NAV, Mental helse, Statsforvalteren, RIO/Marborg, avtalespesialister, LPP, Ivareta.

7. Finansiering

Helse Nord RHF stiller med prosjektleder og dekker kostnader til samlinger, workshops, ev. honorar mv. Det forventes at helseforetakene dekker utgifter deltakerne i arbeidsgruppen har i forbindelse med reise/opphold, og at deltakerne blir fristilt til å delta i aktiviteter innen rammen av prosjektet.

Samlet finansiering fra Helse Nord RHF er begrenset oppad til 1,5 millioner kroner over hele prosjektperioden.

8. Organisering og ansvar

Helse Nord RHF ved Helsefagavdelingen ivaretar ansvaret for å skrive delstrategien.

Prosjekteier: Administrerende direktør Cecilie Daae HN RHF

Styringsgruppe:

Cecilie Daae Leder av styringsgruppen
NNN bruker-/pårørenderepresentant
NNN KTV/KVO
Direktørmøtet i Helse Nord

Styringsgruppen skal foreta nødvendige avklaringer og fatte beslutninger for prosjektgruppen. Styringsgruppen har også ansvar for at prosjektet følger oppsatt tidsplan, samt leverer et produkt i henhold til mandat.

Arbeidsgruppe:

NNN Prosjektleder HN RHF
NNN Prosjektdeltaker HN RHF (helsefag, analyse og økonomi)
NNN Nordlandssykehuset
NNN UNN
NNN Finnmarkssykehuset
NNN Helgelandssykehuset
NNN Bruker- og pårørenderepresentant
NNN KTV/KVO
NNN KS/kommuner

Referansegruppen skal være bredt sammensatt, og kan utvides ved behov. Medlemmene i referansegruppen skal gis mulighet til å gi innspill til delstrategien ved minst to anledninger.

9. Kommunikasjon og interessentoppfølging

Arbeidsgruppen vil i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen i Helse Nord RHF utarbeide en kommunikasjonsplan som ivaretar relevante interessenter.

10. Vedlegg

Møtedato: 19. september 2022

Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Bernt Nerberg

Dato:
12.9.2022

RBU-sak 69–2022

Pasientreiser med rekvisisjon - høring

Formål

Saken fremmes for å orientere Regionalt brukerutvalg om ny rekvisisjonspraksis og attesteringsløsning for pasientreiser med rekvisisjon som nå er på høring. Endringen er et viktig steg for å effektivisere forvaltningen og gjøre brukeren av pasientreiser til en aktiv ressurs.

Beslutningsgrunnlag

Bakgrunn

De foreslåtte endringer i dagens rekvisisjonspraksis vil forenkle arbeidsbyrden og oppgavene til behandler, og overføre mer av bestillingsansvaret fra behandler til pasient. Dette er i tråd med det vedtatte målbildet for pasientreiser med rekvisisjon frem mot 2025, og øker verdien for bruker av selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no.

I forbindelse med implementeringen av ny rekvisisjonspraksis for pasientreiser med rekvisisjon, er en av hovedaktivitetene å utarbeide retningslinjer for attestasjon, og videreutvikle rekvisisjonsveilederen behandlerne benytter ved rekvirering i fagsystemet NISSY. Dette sendes nå ut på høring til en rekke behandlerorganisasjoner, fagforeninger for helsepersonell, KS, regionale brukerutvalg og pasientreisekontorenes regionale ledernettverk.

Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser beskriver arbeidsfordeling og ansvar mellom behandler, Pasientreiser og pasient i gjennomføringen av pasientreiser med rekvisisjon, i tråd med *pasient- og brukerrettighetsloven*¹ og *pasientreiseforskriften*².

Attester for tidsbestemte behov gir pasienten anledning til å bestille reisen selv

Når ny rekvisisjonspraksis implementeres vil behandler få anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessig behov. Pasienter kan allerede i dag se, endre, avbestille og bekrefte reisen selv i selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no. Pasienter med attestert tidsbestemt behov kan etter lansering av den nye attesteringsløsningen også bestille reise selv via helsenorge.no, eller på telefon 05515. Øvrige reiser håndteres som tidligere.

I dag må hver enkelt reise rekvireres, og det påfører behandler en stor administrativ belastning, samtidig som det er tungvint for pasientene. Behandlers oppgave bør i størst

¹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-06-25-793>

mulig grad avgrenses til å vurdere og dokumentere om det foreligger et medisinsk behov for tilrettelagt transport i tråd med pasientreiseforskriften. Selve bestillingen av reisen og videre oppfølging overføres i stor grad til pasient og Pasientreisekontor, i tråd med strategien for pasientreiseområdet.

Om høringsdokumentene

Bakgrunnen for arbeidet beskrives i dokumentene vedlagt høringen, og de største overordnende endringene i retningslinjer for rekvirering av pasientreiser (rekvisisjonspraksis) presenteres. Utkastet til endringer i rekvirentveileder og utkast til attestasjonsløsning er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av behandlere, helsesekretærer, representanter fra pasientreisekontorene i regionene og Pasientreiser HF.

Konklusjon

Innføring av attestasjonsløsning og mulighet for å bestille reisen selv er en viktig forbedring for pasientene, som også frigjør tid hos behandlerne. Løsningen er utførlig presentert i høringsdokumentene og det vil bli anledning til å stille spørsmål i møtet.

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg tar gjennomgangen av saken om høring til pasientreiser til rekvisisjon til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende høringsinnspill...

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg: Høringsdokument – endringer i rekvirentveileder og utkast til attestasjonsløsning i fagsystemet NISSY, med vedlegg

Utkast til endringer i rekvirentveileder og utkast til attestasjonsløsning i NISSY

Høring

Frist: 23. september



Leseveiledning

Dette er et utkast som fortsatt er under arbeid. Vi ønsker gjerne innspill til alle deler av utkastet



Forklaring av dokumentet

- Vedlagt følger forslag til endringer i dagens rekvirentveileder, og skisse til attestasjonsløsning for tilrettelagt transport/bruk av egen bil
- Selve utviklingen av attestasjonsløsning er ikke igangsatt enda. Skjermbildene bærer derfor preg av dette, og dere vil se tydelig at dette er utkast som fortsatt er under arbeid. Justeringer i tekster m.m vil bli foretatt for å sikre brukervennlighet.
- Vi har forsøkt å forklare og vise frem endringene underveis så godt det lar seg gjøre. Ikke nøl med å ta kontakt hvis noe er uklart eller det er spørsmål.
- Vi ønsker innspill til alle deler i utkastet: flyten i prosessen, veiledende tekst, veiledende eksempler m.m. Om noe er uklart eller dere tenker bør presiseres: vær gjerne så konkrete som mulig i tilbakemeldingene.
- Vi har jobbet med å få på plass gode veiledende eksempler flere steder. Kom gjerne med innspill til formulering og innhold av disse, og hvis dere har noen andre gode veiledende eksempler kom gjerne med innspill til det også.
- Se vedlagt skjema i Excel hvor tilbakemeldinger fylles ut.

Tilbakemeldinger

Vi ønsker gjerne tilbakemeldinger i vedlagte skjema. Hver plansje er nummerert nederst i høyre hjørne. Overordnede kommentarer kan legges inn øverst i skjemaet.



Vedlegg 3 – skjema for tilbakemeldinger

Nr	Innspill, kommentarer, spørsmål/uklarheter eller forslag til endringer
Andre kommentarer	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	

Ønsker til løsningen som ikke er endelig ferdigstilt

Det arbeides med:



Opplæring

- I forbindelse med implementeringen vil det bli gjennomført informasjons- og opplæringsaktiviteter rettet mot behandlere og rekvirenter.
- Vi undersøker muligheten for at pasientreisekontorene kan stille krav om gjennomført opplæring for å få tilgang til å rekvirere elektronisk i NISSY.
- Muligheten til å rekvirere enkelte reiser vil uansett alltid være tilgjengelig via telefon.



Lagring av opplysninger

- Det undersøkes hvilke opplysninger om pasienten som kan lagres på en attest, slik at andre behandlere enkelt kan få tilgang til opplysninger i en attest på pasient som er ny eller ukjent for de.



Veiledende eksempler

- Det foreslås å legge inn veiledende eksempler i rekvirentveileder, i rekvisisjonsmodulen og i attestasjonsløsningen.
- Disse er under arbeid, og vil også inngå som en del av informasjons- og opplæringsmateriellet.

Kort introduksjon

Pasientreiser skal ivareta hele kjeden fra en rekvisisjon lages, bekreftes, behandling på pasientkontoret til bestilling av oppdraget ut til transportør



Årlig utføres det i overkant av 7,4 millioner pasientreiser i Norge, hvorav 4,25 millioner rekvisisjoner (2019). For å kunne effektivisere og kvalitetssikre disse oppdragene er det behov for en løsning som kan gi den nødvendige oversikten



Brukerne av systemet vil være operativt personell ved pasientreisekontorene, behandlere og rekvirenter rundt på sykehus og i primærhelsetjenesten, samt administrativt personell ved pasientreisekontorene.



NISSY er en webapplikasjon som krever tilgang til PC med nettleser og hvor det er åpnet for tilgang mot Norsk Helsenett (NHN).

INNLOGGING I NISSY



Startsiden | Ny rekvisisjon | Tidsbestemt attest | Engangsattest for bruk av egen bil | Hent rekvisisjon/transportstatus

Innlogget bruker: olanor (Nordmann, Ola)

Velkommen til IKT-løsningen for administrasjon og drift av pasienttransport

Registrering og bekreftelse av rekvisisjoner

Velg **Ny rekvisisjon** for å registrere ny rekvisisjon. Velg **Hente rekvisisjon** for å hente fram en eksisterende rekvisisjon for å endre eller bekrefte den.

Velg **Tidsbestemt attest** for å gi en attest for bruk av egen bil eller for annen tilrettelagt transport.

Velg **Engangsattest for bruk av egen bil** for å gi en attest for bruk av egen bil.

Kontakt administrator ved problemer.



KOMMENTAR

Det er to veier inn i NISSY:

- 1- Rekvirent kan logge direkte inn i NISSY (plansje 4) eller
- 2 - logge inn via sitt eget EPJ-system (plansje 9).

- Det første bildet rekvirent møter vil være ulikt avhengig av hvilken innlogging som velges. I dag vil rekvirenter som logger inn via sitt EPJ system komme rett inn i rekvirentveileder for enkeltreiser, mens ved direkte innlogging i NISSY kommer de til en startside hvor man må trykke «ny rekvisisjon» for å komme videre inn i rekvirentveileder.
- Dette bildet foreslås endret i tråd med de nye mulighetene i løsningen, og nytt her er at en kan velge «tidsbestemt attest» eller «en gangs attest for bruk av egen bil».



Startsiden | Ny rekvisisjon | **Tidsbestemt attest | Engangsattest for bruk av egen bil** | Hent rekvisisjon/transportstatus | Innlogget bruker: olanor (Nordmann, Ola)

Velkommen til IKT-løsningen for administrasjon og drift av pasienttransport

Registrering og bekreftelse av rekvisisjoner

Velg **Ny rekvisisjon** for å registrere ny rekvisisjon. Velg **Hente rekvisisjon** for å hente fram en eksisterende rekvisisjon for å endre eller bekrefte den.

Velg **Tidsbestemt attest** for å gi en attest for bruk av egen bil eller for annen tilrettelagt transport.

Velg **Engangsattest for bruk av egen bil** for å gi en attest for bruk av egen bil.

Kontakt administrator ved problemer.

KOMMENTAR

Endringene i løsningen er fremhevet her.



Enkelte reiser

Ny rekvisisjon

En gangs attest for bruk av egen bil

Tidsbestemt attest

Tidsbestemt attest for bruk av egen bil

Tidsbestemt attest for tilrettelagt transport

Forny eksisterende attest

KOMMENTAR

- Når ny rekvisisjonspraksis implementeres vil behandler få anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessig behov. Rekvirenter som kommer inn i NISSY via eget EPJ vil møte dette bildet først. For å synliggjøre endringen er det nå foreslått at rekvirent i første steg velger hvilken løsning de skal inn i før de kommer videre inn i rekvirentveileder som er tilpasset den enkelte løsningen.
- Ved enkeltrekvisjoner eller serierekvisjoner velges «enkelte reiser».
- Fordelen er at man med en gang ser at det er nye muligheter i løsningen og alle kommer til en veileder tilpasset det de skal gjøre (enkeltreise eller tidsbestemt attest), der de finner mer informasjon tilpasset det som er relevant for de å vite. En mulig ulempe er at det nå vil bli et ekstra klikk for alle.

ENKELTE REISER

Ny rekvisisjon

En gangs attest for bruk av egen bil

Tidsbestemt attest

Fornyning av tidsbestemt attest

Hovedregel for pasientreiser:

Pasienten skal i utgangspunktet ordne reisen selv og søke om støtte til reiseutgifter etter at reisen er gjennomført.

Ved helsemessig behov for tilrettelagt transport:

Dersom det foreligger helsemessig behov for bruk av egen bil, kan tilleggsutgifter, som parkering, bom og ferge, dekkes.

På bakgrunn av pasientens helsemessige behov bekrefter ansvarlig behandler at:

- Ja, pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt (én gangs attest for bruk av egen bil)
- Pasienten har behov for rekvirert reise for annen tilrettelagt transport

Veiledende eksempel

Veiledende eksempel



[Klikk her for å lese om hovedregel, vurderinger og konsekvenser](#)

KOMMENTAR

- Dersom rekvirenten har huket av for «Ny rekvisisjon» eller «Engangs attest for bruk av egen bil» ved direkte innlogging i NISSY, eller «Enkelte reiser» ved innlogging via EPJ-system, vil rekvirent komme til rekvirentveilederen som vist i skjermbildet ovenfor.
- Her bes rekvirenten om å velge hvorvidt pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt til behandling, eller om pasienten har behov for rekvirert reise.
- Når det hukes av for en av de to vil teksten som vises i plansje 15 komme til syne.

[Tidsbestemt attest](#)

[Fornyning av tidsbestemt attest](#)

Hovedregel for pasientreiser:

Pasienten skal i utgangspunktet ordne reisen selv og søke om støtte til reiseutgifter etter at reisen er gjennomført.

Ved helsemessig behov for tilrettelagt transport:

Dersom det foreligger helsemessig behov for bruk av egen bil, kan tilleggsutgifter, som parkering, bom og ferge, dekkes.

På bakgrunn av pasientens helsemessige behov bekrefter ansvarlig behandler at:

Ja, pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt (én gangs attest for bruk av egen bil)

Pasienten har behov for rekvirert reise for annen tilrettelagt transport

[Veiledende eksempel](#)

[Veiledende eksempel](#)

KOMMENTAR

- I ny rekvisisjonspraksis er det ønskelig å få flest mulig over på bruk av egen bil, og i utformingen av løsningen ønsker vi å få løftet frem denne muligheten. Hvis det er helsemessig behov for det, kan behandler attestere for bruk av egen bil. Denne endringen gjelder både for enkelte reiser og for tidsbestemt attest.
- Det innebærer at hvis det er helsemessig behov for det, kan pasienten kjøre selv eller bli kjørt og få tilleggsutgifter som parkering, bom, ferge o.l., dekket.
- Behandler vil fortsatt ha mulighet til å dokumentere behovet på papir, slik det gjøres i dag.
- Brukerorganisasjonene mener at det i dag er utstrakt bruk av taxi på medisinsk grunnlag selv om pasient egentlig kunne ha brukt egen bil eller blitt kjørt. Dette fordi pasient er i tvil om de faktisk får refundert ekstrautgiftene ved bruk av egen bil (ferge, bompenger, parkering og piggdekk). For å synliggjøre endringen om å få dekt tilleggsutgifter er det ønskelig å ha med egen avhuking for dette i veilederen (engangsattest for bruk av egen bil).

Hovedregel for pasientreiser
Pasienten skal i utgangspunktet betale reiseutgifter etter at reisen er godkjent.

KOMMENTAR

Dersom rekvirenten ombestemmer seg og ønsker en tidsbestemt attest eller en fornyelse av eksisterende attest finnes en snarvei øverst i høyre hjørne.

[Tidsbestemt attest](#)

[Fornyelse av tidsbestemt attest](#)

Ved helsemessig behov for tilrettelagt transport:

Dersom det foreligger helsemessig behov for bruk av egen bil, kan tilleggsutgifter, som parkering, bom og ferge, dekkes.

På bakgrunn av pasientens helsemessige behov bekrefter ansvarlig behandler at:

- Ja, pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt (én gangs attest for bruk av egen bil)
- Pasienten har behov for rekvirert reise for annen tilrettelagt transport

[Veiledende eksempel](#)

[Veiledende eksempel](#)

[Klikk her for å lese om hovedregel, vurderinger og konsekvenser](#)

KOMMENTAR

Ved å trykke på denne lenken åpnes det en side på pasientreiser.no som inneholder mer utfyllende informasjon som er relevant for behandler å kjenne til når det skal rekvireres reise eller gis engangs attest for bruk av egen bil.

KOMMENTAR

Det er foreslått å ha med veiledende eksempler i løsningen. Vi undersøker muligheten for at disse kommer til syne i det man holder musepekeren over teksten (såkalt «mouse over»). Alternativt vil eksemplene lenkes videre til på pasientreiser.no

[Tidsbestemt attest](#)

[Fornyng av tidsbestemt attest](#)

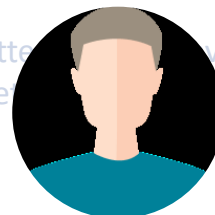
VEILEDENDE EKSEMPEL 1

Morten har grønn stær og synet er av den grunn redusert. Han har time hos øyelegen for sin grønne stær, og lurer på hva slags rettigheter han har for transport til denne timen hos øyelegen. Morten har ikke mulighet til å kjøre selv eller bli kjørt. Pasienten har i dette tilfellet redusert orienteringsevne og har behov for en rekvirert reise.

Dersom pasienten har behov for transport til og fra timen, dekkes tilleggsutgifter, som parkering, bom og ferge, dekkes.

VEILEDENDE EKSEMPEL 2

Simen lider av sosial angst av en grad som gjør det svært vanskelig å bruke offentlig transport. Han skal på MR-undersøkelse på sykehuset, og lurer på hva slags rettigheter han har for tilrettelagt transport i form av egen bil til og fra timen. Behandler vurderer at pasienten har psykiske problemer som gjør det vanskelig å gjennomføre reisen med offentlig transport, og attesterer for bruk av egen bil til og fra denne timen. Med dokumentasjon på helsemessig behov for bruk av egen bil får pasienten dekt tilleggsutgifter som parkering, bom og ferge.



[Veiledende eksempel](#)

[Veiledende eksempel](#)

[for å lese om hovedregel, vurderinger og konsekvenser](#)

VEILEDENDE EKSEMPEL 3

Kari trener opp armen hos en fysioterapeut etter et fall, ellers klarer hun seg fint. Hun ringer fysioterapeuten sin og ber om taxi til sin neste behandling. Hun har frikort, dessuten sier hun at fastlegen hennes alltid rekvirerer reiser til henne når hun skal dit. Pasienten har i dette tilfellet ikke et helsemessig behov for tilrettelagt transport. Pasienten må gjennomføre reisen selv, og søke om refusjon av reiseutgifter (reiser uten rekvisisjon)

Når ansvarlig behandler **bekrefter at det foreligger et helsemessig behov for tilrettelegging av transport** og at pasienten ikke kan gjennomføre reisen på egen hånd eller ta offentlig transport til behandling, gjelder det på grunn av:

- **Betydelig redusert orienteringsevne**
- **Betydelig redusert allmenntilstand**
- **Psykiske problemer:** Pasienten har psykiske problemer som gjør det vanskelig å gjennomføre reisen med offentlig transport.
- **Redusert forflytningsevne:** Pasienten har problemer med å gå, komme seg inn og ut av et transportmiddel eller har behov for tilrettelagt transportmiddel.

Det er trafikale årsaker til at pasienten har behov for tilrettelagt transport på hele eller deler av reisen

Rekvisisjoner utstedes under ansvar jf. lov om helsepersonell §6 (lenke lovdata)

Bekreft

Avbryt

KOMMENTAR

- Bildet vist ovenfor vil først komme til syne når type tilrettelagt transport er valgt. I dag må rekvisitent huke av for en av de fire helsemessige kriteriene for å komme videre i veilederen. Dette er ment som en guide for å hjelpe rekvisitenten til å avgjøre om det er grunnlag for pasientreiser med rekvisisjon.
- Det er nå foreslått å fjerne kravet om avhuking på de fire kriteriene. Hvilke av de fire helsemessige behovene det hukes av for vil ikke kunne lagres, og har dermed et begrenset kontrollformål. Behandler bekrefter imidlertid at det foreligger et helsemessig behov for tilrettelagt transport grunnet av en av de fire kriteriene når vedkommende trykker bekreft for å kunne gå videre.

Pasient

Fødselsnummer: *

[Søk pasient](#)

KOMMENTAR

Her fyller rekvisrenten ut pasientens fødselsnummer og trykker «Hent Pasient» (eller benytter «Enter» tasten). Systemet vil da finne pasienten og informasjon om adresse, telefonnummer (hvis dette er lagret på pasienten tidligere) og annen relevant informasjon.

Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Ansvarlig rekvirent:

Dato:

Antall reiseledsagere:

[Veiledende eksempel](#)

KOMMENTAR

- Skjermbildet viser informasjonen som fremkommer når en trykker på «engangsattest for bruk av egen bil».
- Når det opprettes attest for bruk av egen bil trenger ikke behandler legge til hvilket behandlingssted attesten gjelder for. Dette vil kontrolleres i etterkant når pasienten søker om refusjon for utgifter til reisen.

Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Ansvarlig rekvirent:

Dato:

Antall reiseledsagere:

Veiledende eksempel



VEILEDENDE EKSEMPEL 1

Behandler har vurdert at en pasient har et medisinsk behov for reiseledsager på reisen. Medisinsk behov for følge vil si at pasienten på grunn av helsetilstanden sin ikke kan komme seg til eller fra behandling uten hjelp. Dersom det er behov for følge fordi det trengs informasjon, hjelp eller annet under selve behandlingen, blir ikke reiseutgiftene til følgepersonen dekt av Pasientreiser, og i slike tilfelle skal heller ikke behandler gi attest på behov for reisefølge.

VIKTIG INFO OM COVID-19: Ved mistanke om eller påvist koronasmitte - Huk av for "Korona relatert" under spesielle behov i Nissy eller ring 05515

Rekvirert

Ansvarelig rekvirert *
 Behandler som har foretatt medisinsk vurdering
 Få nytt passord på e-post eller rekvirertpassord

Pasient

Fødselsnummer *
 [Redacted]

Sjett pasient | Sjett pasient |

Reisevee

Reisevee: Til behandling Fra behandling

Reisetider

Oppmøtetsidspunkt: *
 [Redacted] [Redacted]

Pasient klar fra: *
 [Redacted] [Redacted]

Rekvirerttilhørighet

Helseforetak: Strykerhuset Telemark HF
 Beskrivelse: Utefossvegen 55
 Adresse: 3710 Skan
 Postnr./Sted: 38003500
 Kommentarer:
 Telefon:
 Faks/fax:
 Biff rekvirerttilhørighet | Biff tjenestested

Frikort

Returtider

Returrekvisisjon
 [Redacted] [Redacted]

Kontroller at fra og til adresser er riktige.

Hentested

Hentested:
 Adresse: [Redacted] Husnr. [Redacted] Bokst. [Redacted] Leil. [Redacted]
 Postnr./Sted: *
 Gårds-/bruksnr.:
 Telefon:
 Kommentar:

Hendinger

Ring ved ankomst hentested |
 Merknad om hentested til sjøfarer

Leveringssted

Leveringssted:
 Adresse: [Redacted] Husnr. [Redacted] Bokst. [Redacted] Leil. [Redacted]
 Postnr./Sted: *
 Gårds-/bruksnr.:
 Telefon:
 Kommentar:

Hendinger (retur)

Merknader

Annen merknad til transportør
 Ikke pasientopplysninger eller spesielle behov

Annen merknad til pasientreiser
 Sendes ikke til transportør

Spesielle behov

<input type="checkbox"/> Allergi (AL)	<input type="checkbox"/> Babystol 0-13 kg/40-75 cm (BS5)
<input type="checkbox"/> Børnestele Spesial 5-punktsbelte, 15-36 kg (BS5)	<input type="checkbox"/> Børnestele 15-25 kg/100-150 cm (BS4)
<input type="checkbox"/> Børnestele 9-18 kg/61-105 cm (BS1)	<input type="checkbox"/> Direktebil (LFD)
<input type="checkbox"/> Ekstra bagasjeplass (SV)	<input type="checkbox"/> Elektrisk rullestol (ERS)
<input type="checkbox"/> Firehjulsstrek (4x4)	<input type="checkbox"/> Førerhund/Servicehund (TH)
<input type="checkbox"/> Godt belysning og regulert sete (LF)	<input type="checkbox"/> Hjelpes til og fra transportmiddel (HIE)
<input type="checkbox"/> Høy innstigning (HI)	<input type="checkbox"/> Korona relatert (C19)
<input type="checkbox"/> Lav innstigning (LI)	<input type="checkbox"/> Manuell håndtering av kjøreopdrag (TR)
<input type="checkbox"/> Manuell håndtering av kjøreopdrag NY (MH)	<input type="checkbox"/> Hå bæres (B)
<input type="checkbox"/> Hå ikke overlates til seg selv (IA)	<input type="checkbox"/> Pasient er beskyttet/fulvaknert (VA)
<input type="checkbox"/> Rullestol (RU)	<input type="checkbox"/> Rullestolbil (RB)
<input type="checkbox"/> Sammenleggbare rullestol (RS)	<input type="checkbox"/> Sitte foran (SF)
<input type="checkbox"/> Sittepute (BSP)	<input type="checkbox"/> Ta med rullestol/transportstol (THS)
<input type="checkbox"/> Trappeskjærer (TK)	<input type="checkbox"/> Trenger hele baksetet (LB)
<input type="checkbox"/> Øyestikkende hjøle (OH)	<input type="checkbox"/> Alenestil (A)

Antall reiseledsagere:

Rekvirertspørsmål kan automatisk tildeles

[Veiledende eksempel](#)

[Veiledende eksempel](#)

Transporttype *

Årsak

Trafikal Medisinsk

KOMMENTAR

- Skjermbildet viser informasjonen som fremkommer når «pasienten har behov for rekvirert reise for annen tilrettelagt transport». Da kommer man til det som er dagens modul for rekvirering av reise.
- I rekvireringsmodulen foreslås kun mindre endringer, ellers blir det som i dag. Vi foreslår å legge inn veiledende eksempler, og vi vil lenke videre til informasjon også her, ellers blir dette bildet som før.

VIKTIG INFO OM COVID-19: Ved mistanke om eller påvist koronasmitte - Husk av for "Korona relatert" under spesielle behov i Nissy eller ring 05515

The screenshot shows a patient record form with several sections: 'Rekvirert' (Requested), 'Helseforhold' (Health status), 'Adresse' (Address), and 'Spesielle behov' (Special needs). The 'Spesielle behov' section contains a list of checkboxes for various medical conditions and needs, such as 'Allergi (A1)', 'Barnesett/Sjansen 5-punktsbilde, 15-34 kg (2005)', 'Barnesett 9-18 kg/74-105 cm (2005)', 'Elektrisk leggesplint (S1)', 'Føringshjelp (A4)', 'Godt belysning og regulert lys (L7)', 'Høy innretning (S2)', 'Lav innretning (L1)', 'Manuell håndtering av kjenningsdragg NY (S10)', 'Hå ikke overføres til seg selv (A4)', 'Hullbiter (S6)', 'Hørsningslegger hullbiter (S5)', 'Sittesjakk (S10F)', 'Fragekjetting (Y6)', 'Hvordistilgang hjerte (S10)', 'Rullestol 0-12 kg/40-75 cm (2005)', 'Rullestol 15-25 kg/100-150 cm (2004)', 'Tvedestol (L10F)', 'Elektrisk rullestol (S10S)', 'Førerhjelp/hjernerulstol (T1)', 'Hjelpe til og fra transportmiddel (S12)', 'Korona relatert (C19)', 'Manuell håndtering av kjenningsdragg (T10)', 'Hå korset (S)', 'Pasient er berørt/tilbakeløst (Y6)', 'Rullestol (S6)', 'Sittesjakk (S10F)', 'Ya med rullestol/transportstol (T10F)', 'Trenger helv baksete (L10)', and 'Alkohol (A)'. There are also buttons for 'Legg til ny rad' and 'Legg til 5 nye rader'.



VEILEDENDE EKSEMPEL 1

Stine har vært på behandling hos spesialisthelsetjenesten. Fastlegen som henviste henne og rekvirerte tilrettelagt transport til behandlingen har ikke rekvirert returreise på forhånd. Stine lurer på hvem som er ansvarlig for å rekvirere returreise da dette ikke er gjort. Det er behandler hos spesialisthelsetjenesten hvor hun har mottatt behandling som skal vurdere helsemessig behov for tilrettelagt transport ved returreisen og rekvirere reise.

VEILEDENDE EKSEMPEL 2

Johannes skal til sykehusavdelingen der du jobber og du har vurdert at det er et helsemessig behov for tilrettelagt transport. Han trenger videre en transport med plass til hans elektriske rullestol. Du rekvirerer en pasientreise på og spesifiserer at det er behov for en bil som kan frakte elektronisk rullestol.



[Veiledende eksempel](#)
[Veiledende eksempel](#)



VEILEDENDE EKSEMPEL 3

Behandler har vurdert at en pasient har et medisinsk behov for reiseledsager på reisen. Medisinsk behov for følge vil si at pasienten på grunn av helsetilstanden sin ikke kan komme seg til eller fra behandling uten hjelp. Dersom det er behov for følge fordi det trengs informasjon, hjelp eller annet under selve behandlingen, blir ikke reiseutgiftene til følgepersonen dekt av Pasientreiser, og i slike tilfelle skal heller ikke behandler gi attest på behov for reisefølge.

KOMMENTAR

- Reise inn til planlagt behandling skal bestilles så tidlig som mulig, og senest innen kl. 13 virkedagen før reisen skal gjennomføres. Det er mulig å bestille reise etter klokken 13, men det er behov for å vise tydelig til behandler hvordan bestillinger som kommer etter kl. 13:00 siste virkedag før behandling håndteres, og hva som kan forventes av leveranser.
- Det er videre behov for å ha en effektiv prosess for denne type reiser slik at reiser til ikke-planlagte timer kan gjennomføres, samt å skille øyeblikkelig hjelp-turer fra ikke planlagte- turer. Det er derfor foreslått en pop-up for mer informasjon hvis bestillingen forekommer etter kl 13. Teksten for pop up er foreslått til følgende:

Du bestiller nå en reise etter kl 13.00

Reise inn til planlagt behandling skal bestilles så tidlig som mulig, og senest innen kl. 13 virkedagen før reisen skal gjennomføres.

Ved bestillinger til behandling sendt tett opptil behandlingstidspunktet kan det ikke garanteres at pasient rekker inn til oppsatt oppmøtetidspunkt. Responstiden og tilgjengelig kapasitet vil kunne variere i ulike områder og tider på døgnet. Ta eventuelt kontakt med oss på 05515 for mer informasjon. Utenom vår åpningstid kan transportør kontaktes direkte for estimert hentetidspunkt.

TIDSBESTEMT ATTEST

Tidsbestemt attest for bruk av egen bil

Tidsbestemt attest for tilrettelagt transport

Forny eksisterende attest

Hovedregel for pasientreiser:

Pasienten skal i utgangspunktet ordne reisen selv og søke om støtte til reiseutgifter etter at reisen er gjennomført.

Ved helsemessig behov for tilrettelagt transport:

Dersom det foreligger helsemessig behov for bruk av egen bil, kan tilleggsutgifter, som parkering, bom og ferge, dekkes.

På bakgrunn av pasientens helsemessige behov bekrefter ansvarlig behandler at:

- Ja, pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt (attest for bruk av egen bil)
- Pasienten har behov for attest for annen tilrettelagt transport



Ny rekvisisjon

Fornyng av attest

Engangsattest for bruk av egen bil

Veiledende eksempel



Veiledende eksempel



[Klikk her for å lese om hovedregel, vurderinger, ansvarsfordeling og konsekvenser ved attestasjon på feil grunnlag](#)

KOMMENTAR

- Dersom rekvisisjonen har huket av for «Tidsbestemt attest» ved direkte innlogging i NISSY eller ved innlogging via EPJ-system vil rekvisisjonen komme til rekvisisjonsveilederen som vist i dette skjermbildet. Her bes rekvisisjonen om å velge hvorvidt pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt til behandling, eller om pasienten har behov for annen tilrettelagt transport.
- Når det huket av for en av de to vil teksten som vises i plansje 28 komme til syne. I ny rekvisisjonspraksis gis behandler anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessig behov inntil en periode på ett år. Det innebærer at behandler i dette steget kan velge om en vil gi pasienten en tidsbestemt attest for bruk av egen bil, eller om en vil gi en tidsbestemt attest for annen tilrettelagt transport.

Hovedregel for pasientreiser:

Pasienten skal i utgangspunktet ordne reisen selv og søke om støtte til reiseutgifter etter at reisen er gjennomført.

Ved helsemessig behov for tilrettelagt transport:

Dersom det foreligger helsemessig behov for bruk av egen bil, kan tilleggsutgifter, som parkering, bom og ferje, dekkes.

På bakgrunn av pasientens helsemessige behov bekrefter ansvarlig behandler at:

- Ja, pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt (attest for bruk av egen bil)
- Pasienten har behov for attest for annen tilrettelagt transport

[Klikk her for å lese om muligheter og konsekvenser](#)

Ny rekvisisjon

Fornyng av attest

Engangsattest for bruk av egen bil

- I ny rekvisisjonspraksis er det ønskelig å få flest mulig over på bruk av egen bil, og i utformingen av løsningen ønsker vi å få løftet frem denne muligheten.
- Hvis det i øverste boks i bildet over hukes av for at **Ja, pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt**, og behandler attesterer for bruk av egen bil, så kan pasienten kjøre selv eller bli kjørt og få tilleggsutgifter, som parkering, bom, ferje o.l., dekket. Pasient søker om refusjon, og de som behandler søknaden vil kunne se at pasienten har en attest for bruk av egen bil.
- Behandler vil fortsatt ha mulighet til å dokumentere behovet på papir, slik de også har i dag.

- Hvis det i nederste boks hukes av for at **Pasienten har behov for attest for annen tilrettelagt transport**, fordi pasienten ikke kan kjøre selv eller bli kjørt, kan behandler gi attest for annen tilrettelagt transport.
- En pasient med en slik attest bestiller reise selv via helsenorge.no eller 05515. I tillegg kan pasienter med en slik generell tidsbestemt attest alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt.
- Dette gir fleksibilitet for pasienten, for eksempel hvis en har et varierende sykdomsbilde eller varierende vei- og kjøreforhold.

Hovedregel for pasientreiser:

Pasienten skal i utgangspunktet ordne reisen selv og søke om støtte til reiseutgifter etter at reisen er gjennomført.

Ved helsemessig behov for tilrettelagt transport:

Dersom det er behov for bruk av egen bil, kan tilleggsutgifter dekkes.

KOMMENTAR

Tilsvarende som for enkelte reiser legges det inn en lenke med mer informasjon hvis det er trafikale årsaker til at pasienten trenger transport til behandling.

På bakgrunn av helsemessig behov bekrefter ansvarlig behandler at:

- Ja, pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt (attest for bruk av egen bil)
- Pasienten har behov for attest for annen tilrettelagt transport

[Det er trafikale årsaker til at pasienten har behov for tilrettelagt transport på hele eller deler av reisen](#)

[Klikk her for å lese om hovedregel, vurderinger, ansvarsfordeling og konsekvenser ved attestasjon på feil grunnlag](#)

[Ny rekvisisjon](#)

[Fornyng av attest](#)

[Engangsattest for bruk av egen bil](#)

[Veiledende eksempel](#)



[Veiledende eksempel](#)



KOMMENTAR

Ved å trykke på denne lenken åpnes det en side på pasientreiser.no som inneholder mer utfyllende informasjon som er relevant for behandler å kjenne til. Se de siste plansjene i dette dokumentet for hvilken informasjon som kommer frem hvis det trykkes på denne lenken.

Hovedregel for pasientreiser:

Pasienten skal i utgangspunktet ordne reisen selv og søke om støtte til reiseutgifter etter at reisen er gjennomført.

Ved helsemessig behov for tilrettelagt transport:

Dersom det foreligger helsemessig behov for bruk av egen bil, kan tilleggsgifter, som parkering, bom og ferge, dekkes.

På bakgrunn av pasientens helsemessige behov bekrefter ansvarlig behandler at:

- Ja, pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt (attest for bruk av egen bil)
- Pasienten har behov for attest for annen tilrettelagt transport

Det er trafikale årsaker til at pasienten har behov for tilrettelagt transport på hele eller deler av reisen

[Klikk her for å lese om hovedregel, vurderinger, ansvarsfordeling og konsekvenser ved attestasjon på fil grunnlag](#)

Ny rekvisisjon

Fornyng av attest

Engangsattest for bruk av egen bil

KOMMENTAR

Dersom rekvirenten ombestemmer seg og ønsker å rekvirere reise eller gi engangs attest for bruk av egen bil, finnes en snarvei øverst i høyre hjørne.

Veiledende eksempel



Veiledende eksempel

KOMMENTAR

Det er foreslått å ha med veiledende eksempler i løsningen. Vi ønsker at disse kommer til syne i det man holder musepekeren over teksten (såkalt «mouse over»).

VEILEDENDE EKSEMPEL 1

Olga skal på gjentakende behandling hos fysioterapeut, og lurer i den forbindelse på hva slags rettigheter hun for en tidsbestemt attest for tilrettelagt transport. Olga er 80 år, dårlig til bens og har redusert forflytningsevne, og det er svært usannsynlig at tilstanden hennes vil forbedre seg. Behandler finner det derfor overveiende sannsynlig at pasienten vil ha et helsemessig behov for tilrettelagt transport frem i tid. Olga har mistet førerkortet og har heller ingen til å kjøre seg. Av den grunn velger behandler å utstede behov for en tidsbestemt attest for tilrettelagt transport med varighet på 1 år



VEILEDENDE EKSEMPEL 2

Kari har fått påvist kreft og skal til sykehuset for gjentakende strålebehandling. Hun har tidligere fått påvist demens. Pasientens pårørende lurer på hva slags rettigheter hun har for tilrettelagt transport for de gjentakende behandlingene på sykehuset. Behandler vurderer at pasienten har redusert orienteringsevne samt vil få redusert allmenntilstand i forbindelse med strålebehandlingen og har derfor behov for tilrettelagt transport for en stund fremover. Pasienten har ikke førerkort selv, men har mulighet til å bli kjørt til og fra behandling av pårørende. Det attesteres for et tidsbestemt behov for bruk av egen bil med varighet på 7 uker (behandlingens lengde) siden pasienten ikke kan ta seg frem selv. Siden Kari har attest for bruk av egen bil får hun tilleggsutgifter som parkering, bom og ferge, dekket.



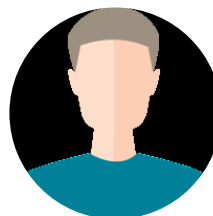
VEILEDENDE EKSEMPEL 3

Mona skal på gjentakende behandlinger hos øyelegen i Oslo. Hun ringer øyelegen sin og ber om taxi til behandlingene fordi hun ikke tør å kjøre bil i Oslo. Pasienten har i dette tilfellet ikke et helsemessig behov for tilrettelagt transport. Pasienten må gjennomføre reisen selv så lenge det går rutegående transport, og søke om refusjon av reiseutgifter (reiser uten rekvisisjon)



VEILEDENDE EKSEMPEL 4

Thomas skal på gjentakende behandlinger hos kiropraktor. Han ringer kiropraktoren sin og ber om taxi til behandlingene fordi han bor i et område som ikke har tilbud om rutegående transport. Pasienten har i dette tilfellet ikke et helsemessig behov for tilrettelagt transport. Trafikalt behov gir ikke grunnlag for å få rekvirert reise fra behandler, men må ta kontakt med pasientreisekontoret for videre hjelp. Pasientreisekontor rekvirerer på trafikalt behov, og behandlere på helsemessig behov.



[Ny rekvisisjon](#)

[Fornyng av attest](#)

[Engangsattest for bruk av egen bil](#)

[Veiledende eksempel](#)



[Veiledende eksempel](#)



[Klikk her for å lese om hovedregel, vurderinger, ansvarsfordeling og prosedyrer og prosedyrer ved attestasjon på feil grunnlag](#)

Når ansvarlig behandler **bekrefter at det foreligger et helsemessig behov for tilrettelegging av transport** og at pasienten ikke kan gjennomføre reisen på egen hånd eller ta offentlig transport til behandling, gjelder det på grunn av:

- **Betydelig redusert orienteringsevne**
- **Betydelig redusert allmenntilstand**
- **Psykiske problemer:** Pasienten har psykiske problemer som gjør det vanskelig å gjennomføre reisen med offentlig transport.
- **Redusert forflytningsevne:** Pasienten har problemer med å gå, komme seg inn og ut av et transportmiddel eller har behov for tilrettelagt transportmiddel.

Rekvisisjoner utstedes under ansvar jf. lov om helsepersonell §6 (lenke lovdata)

Bekreft

Avbryt

KOMMENTAR

- Når type tilrettelagt transport er valgt i forrige steg vil denne teksten komme til syne. I dag må rekvisitent huke av for en av de fire helsemessige kriteriene for å komme videre i veilederen. Dette er ment som en guide for å hjelpe rekvisitenten til å avgjøre om det er grunnlag for pasientreiser med rekvisisjon.
- Det er nå foreslått å fjerne kravet om avhuking på de fire kriteriene for å komme videre. Hvilke av de fire helsemessige behovene det hukes av for vil ikke kunne lagres, og har dermed et begrenset kontrollformål.
- Behandler bekrefter imidlertid at det foreligger et helsemessig behov for tilrettelagt transport grunnet av en eller flere av de fire kriteriene når vedkommende trykker bekreft for å kunne gå videre.

Pasient

Fødselsnummer: *

[Søk pasient](#)

KOMMENTAR

Her fyller rekvisirenten ut pasientens fødselsnummer og trykker «Hent Pasient» (eller benytter «Enter» tasten). Systemet vil da finne pasienten og informasjon om adresse, telefonnummer (hvis dette er lagret på pasienten tidligere) og annen relevant informasjon.

Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Ansvarlig rekvirent:

[Les mer om hva du må være oppmerksom på når du oppretter en tidsbestemt attest for bruk av egen bil til pasient](#)

Tidsperiode Til:

[Veiledende eksempel](#)

Antall reiseledsagere:

[Veiledende eksempel](#)

[For mer informasjon om vurdering av varighet på attest, håndtering av reisebestilling for pasient med tidsbestemt attest, spesielle behov og kommunekryssende turer i primærhelsetjenesten](#)

KOMMENTAR

- Informasjonen som fremkommer her avhenger om rekvirenten har huket av for «attest for bruk av egen bil» eller «annen tilrettelagt transport» tidligere. Dette fordi det er behov for litt ulike opplysninger avhengig av hvilken attest behandler vil gi.
- Skjermbildet viser informasjonen som fremkommer når det skal gis «attest for bruk av egen bil»
- Når det opprettes attest for bruk av egen bil trenger ikke behandler legge til hvilket behandlingssted attesten gjelder for. Dette vil kontrolleres i etterkant når pasienten søker om refusjon for utgifter til reisen.

Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Ansvarlig rekvirent:

[Les mer om hva du må være oppmerksom på når du oppretter en tidsbestemt attest for bruk av egen bil til pasient](#)

Når du oppretter en tidsbestemt attest for bruk av egen bil, vær oppmerksom på følgende:

- Pasient gjennomfører reisen og søker om refusjon av utgifter i etterkant. Tilleggsutgifter som parkering, bom og ferge, dekkes.
- Hvis pasienten får behov for annen tilrettelagt transport enn bruk av egen bil, må det rekvireres reise.

Konsekvenser ved attestasjon på feil grunnlag:

Attestasjon på feil grunnlag kan medføre at helseforetaket tar kontakt med ansvarlig behandler for veiledning for riktig bruk av tjenesten jf. Helsepersonelloven §6. Hvis det etter gjentakende oppfølging og veiledning fortsatt forekommer attestasjoner på feil grunnlag, kan helseforetaket fakturere deg som behandler direkte for reisene.

KOMMENTAR

- Øverst i attestasjonsbildet legger vi inn en lenke til pasientreiser.no med et utvalg av informasjon vi mener det er viktig at behandler er oppmerksom på når det opprettes en tidsbestemt attest for bruk av egen bil.

[Attest, håndtering av reisebestilling for pasient med tidsbestemt attest, spesielle behov og kommunekryssende turer i primærhelsetjenesten](#)

Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Ansvarlig rekvirent:

Dato:

[Les mer om hva du må være oppmerksom på når du oppretter en tidsbestemt attest for bruk av egen bil til pasient](#)

KOMMENTAR

Det er foreslått å ha med veiledende eksempler i løsningen. Vi ønsker at disse kommer til syne i det man holder musepekeren over teksten (såkalt «mouse over»).

[Veiledende eksempel](#)

[Veiledende eksempel](#)

VEILEDENDE EKSEMPEL 1

Kari har fått påvist kreft og skal til sykehuset for gjentakende strålebehandling. Hun har tidligere fått påvist demens. Pasientens pårørende lurer på hva slags rettigheter hun har for tilrettelagt transport for de gjentakende behandlingene på sykehuset. Behandler vurderer at pasienten har redusert orienteringsevne samt vil få redusert allmenntilstand i forbindelse med strålebehandlingen og har derfor behov for tilrettelagt transport for en stund fremover. Pasienten har ikke førerkort selv, men har mulighet til å bli kjørt til og fra behandling av pårørende. Det attesteres for et tidsbestemt behov for bruk av egen bil med varighet på 7 uker (behandlingens lengde) siden pasienten ikke kan ta seg frem selv. Siden Kari har attest for bruk av egen bil får hun tilleggsutgifter som parkering, bom og ferge, dekket.



VEILEDENDE EKSEMPEL 2

Behandler har vurdert at en pasient har et medisinsk behov for reiseledsager på reisen. Medisinsk behov for følge vil si at pasienten på grunn av helsetilstanden sin ikke kan komme seg til eller fra behandling uten hjelp. Dersom det er behov for følge fordi det trengs informasjon, hjelp eller annet under selve behandlinga, blir ikke reiseutgiftene til følgepersonen dekt av Pasientreiser, og i slike tilfelle skal heller ikke behandler gi attest på behov for reisefølge.



Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Ansvarlig rekvirent:

[Les mer om hva du må være oppmerksom på når du oppretter en tidsbestemt attest til pasient](#)

Veiledende eksempel

Veiledende eksempel

Veiledende eksempel

Veiledende eksempel

Tidsperiode Til:

Behandlingssteder

Sandefjord Med. Senter [R] [S]

OUS, ULLEVÅL / Bevegelsesdivisjon [R] [S]

Porsgrunn kiropraktorklinikk [R] [S]

Spesielle behov

Behov	Fra	Til	
Lav innstigning	22.06.22	22.12.22	[R] [S]
Sammenleggbare rullestol	01.05.22	31.12.26	[R] [S]

Antall reiseledsagere:

[For mer informasjon om vurdering av varighet på attest, håndtering av reisebestilling for pasient med tidsbestemt attest, spesielle behov kommunekryssende turer i primærhelsetjenesten](#)

KOMMENTAR

- Skjermbildet viser informasjonen som fremkommer i attestasjonsbilde når det opprettes en tidsbestemt attest for tilrettelagt transport.
- Fastlege kan attestere til alle behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til spesialisthelsetjenesten i pasientenes egen helseregion. Andre behandlere kan attestere til egen virksomhet.
- Her har fastlege mulighet til å legge inn flere behandlingssteder attesten skal gjelde for.
- Vi undersøker muligheten for å «flagge» attester som opprettes til behandlingssted utenfor pasientens egen helseregion, men som kanskje er geografisk nærmere, slik at pasientreisekontorene kan følge opp dette.
- Pasienten kan ha flere gyldige attester samtidig, til ulike behandlingssteder. Hvis pasienten sjeldent er innom fastlegen, fastlegen ikke har oversikt over behandlingssteder pasienten går til, eller disse endrer seg hyppig, så tar pasienten kontakt med det aktuelle behandlingssted med forespørsel om attest.

Eksempler:

1. Pasienten er sjelden innom fastlegen, men går jevnlig til behandling i spesialisthelsetjenesten der de kjenner pasienten godt. Behandler i spesialisthelsetjenesten attesterer tidsbestemt helsemessig behov hvis det er grunnlag for dette. Attesten er gyldig på reiser til og fra dette behandlingsstedet.
2. Pasientens fastlege kjenner pasientens funksjonsnivå og bakenforliggende behov for transport godt. Pasienten er jevnlig innom fastlegen, men er av og til henvist videre til andre behandlinger. Fastlege attesterer tidsbestemt helsemessig behov hvis det er grunnlag for dette, og velger til hvilke behandlingssteder attesten skal gjelde for.

Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Ansvarlig rekvirent:

[Les mer om hva du må være oppmerksom på når du oppretter en tidsbestemt attest til pasient](#)

Tidsperiode



Til:



[Veiledende eksempel](#)

[Veiledende eksempel](#)

Behandlingsteder

Sandefjord Med. Senter [R] [S]

OUS, ULLEVÅL / Bevegelsesdivisjon [R] [S]

Porsgrunn kiropraktorklinikk [R] [S]

Spesielle behov

Behov	Fra	Til	
Lav innstigning	22.06.22	22.12.22	[R] [S]
Sammenleggbare rullestol	01.05.22	31.12.26	[R] [S]

Antall reiseledsagere:

[For mer informasjon om vurdering av varighet på attest, håndtering av reisebestilling for pasient med tidsbestemt attest, spesielle behov kommunekryssende turer i primærhelsetjenesten](#)

KOMMENTAR

- Her kan behandler velge hvilken tidsperiode attesten skal gjelde.
- Det kan settes fra dato til dato (i maksimalt 1 år)
- Eller en kan ved hurtigvalg velge 3, 6 eller 12 mnd.

Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Ansvarlig rekvirent:

[Les mer om hva du må være oppmerksom på når du oppretter en tidsbestemt attest til pasient](#)

Tidsperiode Til: [Veiledende eksempel](#)

3 måneder

Behandlingssteder

Sandefjord Med. S

OUS, ULLEVÅL / Be

Porsgrunn kiroprak

Spesielle behov

Behov

Lav innstigning

Sammenleggbare r

Antall reiseledsag

Når du oppretter en tidsbestemt attest for pasient, vær oppmerksom på følgende:

- Ved opprettelse av denne attesten blir det ikke bestilt reise til og fra behandling for pasient. Pasient bestiller reise selv via helsenorge.no eller på telefon 05515. Reise må bestilles i god tid før behandling. Les mer om hva pasient må gjøre her.
- Pasient med tidsbestemt attest for tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt. Pasient lar være å bestille transport og søker om refusjon for utgifter i etterkant av reisen. Tilleggsutgifter som parkering, bom og ferge, dekkes.
- Hvis pasient bestiller transport men deretter velger å benytte egen bil eller bli kjørt, må reisen avbestilles av pasient i god tid.
- Hvis pasient ikke er i stand til å håndtere reisebestillinger via helsenorge eller 05515 på egen hånd må pasient få bistand til dette.
- Når attesten er på vei til å utløpe vil varsling om dette sendes pasient. Pasient ber behandler om fornyelse av attest ved behov.

Konsekvenser ved attestasjon på feil grunnlag:

Attestasjon på feil grunnlag kan medføre at helseforetaket tar kontakt med ansvarlig behandler for veiledning for riktig bruk av tjenesten jf. Helsepersonelloven §6. Hvis det etter gjentakende oppfølging og veiledning fortsatt forekommer attestasjoner på feil grunnlag, kan helseforetaket fakturere deg som behandler direkte for reisene.

KOMMENTAR

- Øverst i attestasjonsbildet legger vi inn en lenke til pasientreiser.no med et utvalg av informasjon vi mener det er viktig at behandler er oppmerksom på når det opprettes en tidsbestemt attest for bruk av egen bil.
- Ved å klikke på lenken kommer behandler til følgende tekst

[For mer informasjon om vurdering av varighet på attest, håndtering av reisebestilling for pasient med tidsbestemt attest, spesielle behov kommunekryssende turer i primærhelsetjenesten](#)

Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Ansvarlig rekvirent:

[Les mer om hva du må være oppmerksom på når du oppretter en tidsbestemt attest til pasient](#)

Tidsperiode Til:

[Veiledende eksempel](#)

Behandlingssteder

Sandefjord Med. Senter

Spesielle behov

Behov	Fra	Til	
Lav innstigning	22.06.22	22.12.22	[R] [S]
Sammenleggbare rullestol	01.05.22	31.12.26	[R] [S]

Antall reiseledsagere:

[Veiledende eksempel](#)

[Veiledende eksempel](#)

[For mer informasjon om vurdering av varighet på attest, håndtering av reisebestilling for pasient med tidsbestemt attest, spesielle behov kommunekryssende turer i primærhelsetjenesten](#)

KOMMENTAR

- Skjermbildet viser informasjonen som fremkommer i attestasjonsbilde når det opprettes en tidsbestemt attest for tilrettelagt transport.
- Bildet er likt som attestasjonsbildet for fastlege, med unntak av at det ikke kan legges til flere behandlingssteder attesten skal gjelde for.
- Alle behandlere kan gi pasienten en tidsbestemt attest til behandlinger ved egen virksomhet.
- Pasienten kan ha flere gyldige attester samtidig, til ulike behandlingssteder.



VEILEDENDE EKSEMPEL 1

Et barn med progredierende muskelsykdom går jevnlig til behandling i spesialisthelsetjenesten der de kjenner pasienten godt, pasienten er derimot hos fastlegen kun en sjelden gang. Foreldrene lurer på hvem som kan gi barnet en tidsbestemt attest for behandlingene i spesialisthelsetjenesten. Barnets behandler i spesialisthelsetjenesten bør skrive attest til og fra sitt behandlingssted.

VEILEDENDE EKSEMPEL 2

Jens har brukket lårhalsen og har vanskeligheter med å gå og bevege seg. Han har nylig blitt operert og trenger oppfølging hos fysioterapeut, og lurer på hva slags rettigheter han har for de kommende timene hos fysioterapeuten. Behandler har vurdert at han har behov for tilrettelagt transport for en stund fremover på grunn av redusert forflytningsevne. Jens har ingen som kan kjøre han til og fra behandling, og er ikke i stand til å kjøre selv. Behandler er usikker på hvor lenge pasientens helsetilstand vil gjøre at han trenger rekvirert transport, men vurderer det som sannsynlig at det gjelder for en stund fremover. Det attesteres for behov med varighet på 2 mnd. Jens ber om evt. vurdering av fornyelse når attestasjonen er i ferd med å utløpe hvis han fortsatt har behov for tilrettelagt transport.



KOMMENTAR

Det er foreslått å ha med veiledende eksempler i løsningen. Vi ønsker at disse kommer til syne i det man holder musepekeren over teksten (såkalt «mouse over»).



VEILEDENDE EKSEMPEL 3

Tone har kronisk nyresvikt og trenger jevnlig oppfølging på sykehuset for dialysebehandling på nyrene. Hun lurer på hva slags rettigheter hun har for en tidsbestemt attest for å komme seg til og fra behandlingene. Tone har førerkort men har ikke egen bil, og har heller ingen som kan kjøre henne til og fra behandling. Behandler vurderer at hun har betydelig redusert allmenntilstand og har behov for tilrettelagt transport. Det attesteres for behov med varighet på 1 år siden det anses å være en kronisk helsetilstand uten tilsikt til bedring (før en eventuelt transplantasjon). Tone kan også alltid velge å benytte egen bil og få dekket tilleggsutgifter.

[Veiledende eksempel](#)

[Veiledende eksempel](#)

VEILEDENDE EKSEMPEL 4

Hanne har revmatisme og fungerer bra på sommer men dårligere på høst/vinter. Hanne trenger gjentakende behandling på sykehuset det neste året, og lurer på hva slags rettigheter hun har for tilrettelagt transport. Behandler vurderer pasientens helsemessige behov slik at hun kan gjennomføre reisen selv på sommeren, men trenger tilrettelagt transport om vinteren. Det attesteres for behov med varighet 6 måneder (1.november-1.april).



VEILEDENDE EKSEMPEL 5

Behandler har vurdert at en pasient har et medisinsk behov for reiseledsager på reisen. Medisinsk behov for følge vil si at pasienten på grunn av helsetilstanden sin ikke kan komme seg til eller fra behandling uten hjelp. Dersom det er behov for følge fordi det trengs informasjon, hjelp eller annet under selve behandlingen, blir ikke reiseutgiftene til følgepersonen dekt av Pasientreiser, og i slike tilfelle skal heller ikke behandler gi attest på behov for reisefølge.





Fødselsnummer:

Navn:

Adresse:

Avtaletype:

Tidsperiode  Til: 

Behandlingssteder

Sandefjord Med. Senter [R] [S]

OUS, ULLEVÅL / Bevegelsesdivisjon [R] [S]

Porsarunn kiropraktorklinikk [R] [S]

Spesielle behov

Behov	Fra	Til	
Lav innstigning	22.06.22	22.12.22	[R] [S]
Sammenleggbar rullestol	01.05.22	31.12.26	[R] [S]

Antall reiseledsagere:

KOMMENTAR

- Pasientreisekontor gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker (pasienter med behov på grunn av manglende rutegående tilbud).
- I dag er det tilfeller hvor behandler ringer pasientreisekontor for å få de til å opprette en rekvisisjon på vegne av dem. Vårt forslag er at dette kun skal være mulig for enkelte reiser, som i dag.
- Hvis behandler vil gi en tidsbestemt attest på helsemessig grunnlag kan ikke pasientreisekontoret kontaktes for opprette dette. Det må behandler gjøre selv i NISSY.
- Under utarbeidelse: Lage en funksjon hvor pasientreisekontorene kan se hvilke attester som ligger på en pasient. De som har rollen trafikkkoordinator vil ha et annet valg enn resten.

Lenke til pasientreiser.no

De følgende plansjene viser hvilken tekst som kommer opp når man klikker på lenkene i løsningen for å lese mer om hovedregel for pasientreiser, vurderinger, konsekvenser ved attestasjon på feil grunnlag m.m.

Er du pasient, pårørende eller reiseledsager? Klikk deg videre til helsenorge.no

På helsenorge.no har vi samlet all informasjon om pasientreiser for pasienter, pårørende og reiseledsagere


Les mer, se dine reiser og søk om stønad til reiseutgifter [↗](#)


[Forside](#) > [Helsepersonell](#) > [Rekvirere transport](#) > **Viktig informasjon om pasienttransport**

Viktig informasjon om pasienttransport

Les om hovedregel, vurderinger og konsekvenser her.

Publisert 11.07.2016 / Sist oppdatert 04.05.2022

Hovedregel for pasientreiser: 

Vurdering av om pasienten kvalifiserer for attest for bruk av egen bil: 

Vurdering av om pasienten kvalifiserer for tidsbestemt attest: 

Konsekvenser ved attestasjon på feil grunnlag: 

Attestasjon på feil grunnlag kan medføre at helseforetaket tar kontakt med ansvarlig behandler for veiledning for riktig bruk av tjenesten jf. Helsepersonelloven §6. Hvis det etter gjentakende oppfølging og veiledning fortsatt forekommer attestasjoner på feil grunnlag, kan helseforetaket fakturere deg som behandler direkte for reisene.

For mer informasjon om arbeidsfordeling og ansvar mellom behandler, Pasientreiser og pasient, klikk her ([lenke til rekvisisjonspraksis](#))

KOMMENTAR

Teksten man kan klikke seg videre inn på vil ligge på pasientreiser.no, og nettleser med denne informasjonen åpner seg når du trykker på den. Her legger vi inn «nedtrekksmeny», slik at du må klikke deg inn på de enkelte overskriftene for å få frem teksten som tilhører den.

Er du pasient, pårørende eller reiseledsager? Klikk deg videre til helsenorge.no

På helsenorge.no har vi samlet all informasjon om pasientreiser for pasienter, pårørende og reiseledsagere

Les mer, se dine reiser og søk om stønad til reiseutgifter [↗](#)

Forside > Helsepersonell > Rekvirere transport > **Viktig informasjon om pasienttransport**

Viktig informasjon om pasienttransport

Les om hovedregel, vurderinger og konsekvenser her.

Hovedregel for pasientreiser:

Pasienten skal i utgangspunktet ordne reisen selv og søke om støtte til reiseutgifter etter at reisen er gjennomført.

Pasienter som av helsemessige årsaker ikke kan ordne reisen selv, kan ha rett på en tilrettelagt reise. Behandler avgjør om pasienten har behov for tilrettelagt reise av helsemessige årsaker.

Hvis pasienten av trafikale årsaker ikke kan ordne reisen selv, er det ikke grunnlag for at behandler skal attestere for tilrettelagt transport.

Pasientreisekontorene avgjør om pasienten har behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker på hele eller deler av reisen.

Vurdering av om pasienten kvalifiserer for attest for bruk av egen bil: [↕](#)

Vurdering av om pasienten kvalifiserer for tidsbestemt attest: [↕](#)

Hvilke behandlinger pasienten kan få en tidsbestemt attest til, og hvem av pasientens behandlere som kan gi dette: [↕](#)

Konsekvenser ved attestasjon på feil grunnlag: [↕](#)

Vurdering av om pasienten kvalifiserer for attest for bruk av egen bil: [↕](#)

Behandler kan attestere behov for bruk av egen bil hvis pasientens funksjonsnivå gjør det vanskelig å gjennomføre reisen med offentlig transport, men pasientens funksjonsnivå gjør at det ikke er nødvendig med rekvirert transport.

Hvis behovet for bruk av egen bil er dokumentert, kan tilleggsutgifter, som parkering, bom og ferge, dekkes. Du som ansvarlig behandler må da dokumentere at det er bruk for bil av helsemessige årsaker.

Hvis pasienten i de aller fleste tilfeller vil ha anledning til å benytte egen bil, enten ved å kjøre selv eller bli kjørt til fremtidige behandlinger, så kan behandler attestere tidsbestemt behov for å bruke egen bil.

- Hvis pasienten skulle få behov for en rekvirert transport i fremtiden må denne håndteres som en enkeltrekvisisjon.

Hvis pasienten kun i enkelte tilfeller vil ha anledning til å benytte egen bil, enten ved å kjøre selv eller bli kjørt til fremtidige behandlinger, så kan behandler attestere for et tidsbestemt behov for tilrettelagt transport.

- Pasienter med tidsbestemt behov kan alltid velge å benytte egen bil

Attestering for behov for bruk av egen bil gjelder ikke for pasienter som har behov for transport på grunn av manglende rutegående tilbud (trafikkalt behov). Disse pasientene tar kontakt med 05515 for transport.

Vurdering av om pasienten kvalifiserer for tidsbestemt attest: [↕](#)

Hvis behandler er usikker på pasientens funksjonsnivå 1 år frem i tid, men mer sikker på behovet tre måneder frem i tid, gis det en attestasjon med varighet på tre måneder. Det er hvordan pasientens helsetilstand innvirker på mulighetene til å reise til og fra behandling på egen hånd som har betydning.

Behandler har alltid anledning til å endre eller fjerne attesterte behov for en tidsperiode, for eksempel hvis pasientens helsetilstand endrer seg.

Er du pasient, pårørende eller reiseledsager? Klikk deg videre til helsenorge.no

På helsenorge.no har vi samlet all informasjon om pasientreiser for pasienter, pårørende og reiseledsagere

[Les mer, se dine reiser og søk om stønad til reiseutgifter](#) ↗

[Forside](#) > [Helsepersonell](#) > [Rekvirere transport](#) > **Viktig informasjon om pasienttransport**

Viktig informasjon om pasienttransport

Les om hovedregel, vurderinger og konsekvenser her.

Hvilke behandlinger pasienten kan få en tidsbestemt attest til, og hvem av pasientens behandlere som kan gi dette: ^

- Alle behandlere kan attestere tidsbestemt helsemessig behov for reiser til og fra egne behandlinger/behandlingsstedet behandleren er tilknyttet.
- Pasientens fastlege kan i tillegg attestere tidsbestemt helsemessig behov til alle typer behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til behandlinger i spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion.

Eksempler:

1. Pasienten er sjelden innom fastlegen, men går jevnlig til behandling i spesialisthelsetjenesten der de kjenner pasienten godt. Behandler i spesialisthelsetjenesten attesterer tidsbestemt helsemessig behov hvis det er grunnlag for dette. Attesten er gyldig på reiser til og fra dette behandlingsstedet.
2. Pasientens fastlege kjenner pasientens funksjonsnivå og bakenforliggende behov for transport godt. Pasienten er jevnlig innom fastlegen, men er av og til henvist videre til andre behandlinger. Fastlege attesterer tidsbestemt helsemessig behov hvis det er grunnlag for dette, og velger til hvilke behandlingssteder attesten skal gjelde for.

Er du pasient, pårørende eller reiseledsager? Klikk deg videre til helsenorge.no

På helsenorge.no har vi samlet all informasjon om pasientreiser for pasienter, pårørende og reiseledsagere

Les mer, se dine reiser og søk om stønad til reiseutgifter ↗

Forside > Helsepersonell > Rekvirere transport > **Viktig informasjon om pasienttransport**

Viktig informasjon om pasienttransport


Vurdering av varighet på attest:


Behandler vurderer hvor lenge attesten skal vare, inntil en periode på maksimalt 1 år.


I tilfeller der pasient kvalifiserer for tilrettelagt transport på grunn av helsetilstand uten tilsikt til bedring, der pasientens helsetilstand/funksjonsnivå gjør det vanskelig å gjennomføre reisen med offentlig transport, kan det være aktuelt å attestere for en tidsperiode på 1 år.


I tilfeller der pasient kvalifiserer for tilrettelagt transport på grunn av helsetilstand som er forventet å vare i en gitt tid fremover, der pasientens helsetilstand/funksjonsnivå gjør det vanskelig å gjennomføre reisen med offentlig transport i denne perioden, kan det være aktuelt å attestere for en kortere tidsperiode.

Vurdering av lengde på attestasjon ses i sammenheng med hvor lenge pasienten vil ha behov for å reise til behandling.

Håndtering av reisebestilling for pasient med tidsbestemt attest for tilrettelagt transport fra Helseforetaket: 

Har pasienten behov for reiseledsager? 

Har pasienten spesielle behov på reisen? 

Behandling i primærhelsetjenesten hvor pasienten har behov for å krysse kommunegrensen? 

Håndtering av reisebestilling for pasient med tidsbestemt attest for tilrettelagt transport fra Helseforetaket:

Pasient med attestert tidsbestemt behov bestiller selv reise på Helseorge eller på telefon 05515.

Når behandler vurderer om pasienten kvalifiserer for en tidsbestemt attestasjon bør det i samråd med pasienten tas høyde for og vurderes hvorvidt pasienten er i stand til å håndtere reisebestillinger på egen hånd. Hvis pasienten ikke kan det, må behandler være innstilt på å bistå pasienten med bestilling av reise.

Pasient kan bestille reise via helsenorge.no eller ved å kontakte pasientreisekontor på telefon 05515.

En tidsbestemt attestasjon gjelder uavhengig av hvilket transportmiddel pasienten har behov for for å komme til behandling. Når pasienten starter bestilling av reise på helsenorge.no eller 05515 blir reisen planlagt og bestilt av pasientreisekontor. Hvis pasienten har behov for fly til behandling skal reisen alltid bestilles på telefon 05515. Pasient med tidsbestemt attest kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt, og får tilleggsutgifter som parkering, bom og ferge, dekket.

Har pasienten behov for reiseledsager?

Hvis pasienten har behov for reiseledsager av helsemessige årsaker, må du som behandler dokumentere dette.

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

Hvis reiseledsager har lagt ut for reisen, og skal søke om støtte til utgifter i etterkant av reisen, må reiseledsager ha bekreftelse på at pasienten har vært til behandling.

Forside > Rekvirentveileder > Har pasienten helsemessig behov for en rekvirert reise? >
Pasienten har helsemessig behov for en rekvirert pasientreise > **Pasienten har trafikale behov for rekvirert reise**

Pasienten har trafikale behov for rekvirert reise

Når pasienten ønsker rekvirert reise av trafikale eller private årsaker, skal ikke du som helsepersonell rekvirere reisen.

Publisert 29.05.2019 / Sist oppdatert 09.04.2021

Er det trafikale årsaker til at pasienten har behov for rekvirert reise på hele eller deler av reisen?

Helsepersonell skal ikke vurdere om det går offentlig transport på strekningen, eller rekvirere transport av trafikale årsaker. Pasienten må ringe Pasientreiser på telefon 05515 for hjelp til planlegging og gjennomføring av slike reiser.

Rekvirerte reiser utenfor åpningstid

Helsepersonell kan rekvirere reiser på medisinsk grunnlag både innenfor og utenfor åpningstid. Når det er trafikale årsaker til at en pasient trenger rekvirert reise, må pasientene ta kontakt med Pasientreiser for å få rekvirert reisen.

Når det ikke går rutegående transport utenfor pasientreisekontorets åpningstid, gjelder disse retningslinjene:

Planlagte behandlinger utenfor åpningstid

Ved planlagte behandlinger utenfor åpningstid, må pasient ringe Pasientreiser før kl. 13 dagen i forveien for å sikre rekvirering av reiser når det ikke går rutegående transport på strekningen.

Akutte behandlinger

Uplanlagte, akutte behandlinger utenfor åpningstid forekommer først og fremst hos legevakten.

Hvis det er utenfor åpningstid, og en pasient har behov for reise hjem på grunn av manglende rutegående trafikk, kan du høre om pasienten kan legge ut for reisen selv. Pasienten kan søke om å få dekket nødvendige, dokumenterte reiseutgifter i etterkant.

Ta kontakt med ditt pasientreisekontor på telefon 05515 for spørsmål om rutiner utenfor åpningstid.

Er det private grunner til at pasienten ikke kan gjennomføre reisen?

Kan for eksempel pasienten ikke gjennomføre reisen fordi han ikke har penger?

Pasienten har ikke rett på rekvirert reise når han ikke har penger til å legge ut for transport selv. En pasient som har rett på rekvirert reise, men som ikke kan betale egenandelen, fritas ikke fra plikten til å betale egenandel. I slike tilfeller kan Pasientreiser eller transportør fakturere pasienten i etterkant.

Er pasienten ruset?

Rus er ikke alene en helsemessig årsak til å få rekvirert transport.

Bruker du som rekvirent lang tid på å diskutere med pasienten, kan du henvise pasienten til å ringe Pasientreiser på telefon 05515 for veiledning.

[Pasienten har trafikale behov for rekvirert reise - Pasientreiser](#)

Er du pasient, pårørende eller reiseledsager? Klikk deg videre til helsenorge.no

På helsenorge.no har vi samlet all informasjon om pasientreiser for pasienter, pårørende og reiseledsagere

Les mer, se dine reiser og søk om stønad til reiseutgifter [↗](#)

[Forside](#) > [Helsepersonell](#) > [Rekvirere transport](#) > **Viktig informasjon om pasienttransport**

Viktig informasjon om pasienttransport

Les om hovedregel, vurderinger og konsekvenser her.

Har pasienten spesielle behov på reisen?

Behandler er ansvarlig for å dokumentere pasientens spesielle behov og eventuelt behov for reiseledsager. Dette er viktig for at pasienten skal få riktig transport, blant annet for å unngå bomturer, at pasienten kommer for sent eller mister timen til behandling. Hvilke spesielle behov pasienten har på reisen registreres i NISSY.

Behandling i primærhelsetjenesten hvor pasienten har behov for å krysse kommunegrensen?

Kommunen skal ha et dekkende behandlingstilbud, og hovedregelen er at det gis støtte til reiser innad i kommunen. Pasienter kan i enkelte tilfeller ha behov for å reise ut av kommunen til behandling. Hvis pasienten må krysse kommunegrensen for å motta behandling, og pasienten har behov for rekvirert transport, ta kontakt med pasientreisekontoret.

Pasienten kan få tilrettelagt transport til behandlinger utenfor kommunen hvis:

- Behandlingsstedet er geografisk nærmest pasientens oppholdssted
- Pasienten har fastlege i en annen kommune, og det eksisterer et fastlegesamarbeid med bostedskommunen

Er du pasient, pårørende eller reiseledsager? Klikk deg videre til helsenorge.no

På helsenorge.no har vi samlet all informasjon om pasientreiser for pasienter, pårørende og reiseledsagere

Les mer, se dine reiser og søk om stønad til reiseutgifter [↗](#)

Forside > Helsepersonell > Rekvirere transport > **Viktig informasjon om pasienttransport**

Viktig informasjon om pasienttransport

Hovedregel for pasientreiser:

Pasienten skal i utgangspunktet ordne reisen selv og søke om støtte til reiseutgifter etter at reisen er gjennomført.

Pasienter som av helsemessige årsaker ikke kan ordne reisen selv, kan ha rett på en tilrettelagt reise. Behandler avgjør om pasienten har behov for tilrettelagt reise av helsemessige årsaker.

Hvis pasienten av trafikale årsaker ikke kan ordne reisen selv, er det ikke grunnlag for at behandler skal rekvirere reise.

Pasientreisekontorene avgjør om pasienten har behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker på hele eller deler av reisen.

Hvis pasienten kan kjøre egen bil/bli kjørt:

Behandler kan attestere behov for bruk av egen bil hvis pasientens funksjonsnivå gjør det vanskelig å gjennomføre reisen med offentlig transport, men pasientens funksjonsnivå gjør at det ikke er nødvendig med rekvirert transport.

Hvis behovet for bruk av egen bil er dokumentert, kan tilleggsutgifter, som parkering og bom, dekkes.

Du som ansvarlig behandler må da dokumentere at det er bruk for bil av helsemessige årsaker.

Attesting for behov for bruk av egen bil gjelder ikke for pasienter som har behov for transport på grunn av manglende rutegående tilbud (trafikalt behov). Disse pasientene tar kontakt med 05515 for transport.

Hvem av pasientens behandlere har ansvar for å rekvirere reise:

Henvissende behandler har ansvar for å vurdere pasientens helsemessige behov for tilrettelagt transport og rekvirere reise. Ved gjentakende behandlinger er det pasientens behandler som skal vurdere pasientens helsemessige behov for tilrettelagt transport og har ansvar for å rekvirere reise.

Konsekvenser ved rekvirering på feil grunnlag:

Rekvirering på feil grunnlag kan medføre at helseforetaket tar kontakt med ansvarlig behandler for veiledning for riktig bruk av tjenesten jf. Helsepersonelloven §6. Hvis det etter gjentakende oppfølging og veiledning fortsatt forekommer attestasjoner på feil grunnlag, kan helseforetaket fakturere deg som behandler direkte for reisene.

For mer informasjon om arbeidsfordeling og ansvar mellom behandler, Pasientreiser og pasient, klikk her ([lenke til rekvireringspraksis](#))

Er du pasient, pårørende eller reiseledsager? Klikk deg videre til helsenorge.no

På helsenorge.no har vi samlet all informasjon om pasientreiser for pasienter, pårørende og reiseledsagere

Les mer, se dine reiser og søk om stønad til reiseutgifter [↗](#)

[Forside](#) > [Helsepersonell](#) > [Rekvirere transport](#) > **Viktig informasjon om pasienttransport**

Viktig informasjon om pasienttransport

Tur/retur:

Hvis pasienten har et helsemessig behov her og nå og behandler er usikker på pasientens behov ved retur rekvireres det for en reise en vei. Hvis behandler forventer at pasient har det samme helsemessige behovet for transport på retur, kan behandler rekvirere reise både til og fra behandling. Behov for tilrettelagt transport på returreise bør avklares med pasient på forhånd.

Er hjemreisetidspunktet ukjent?

Hvis det er behov for tilrettelagt transport begge veier, men hjemreisetidspunkt ikke er kjent, legges det inn en åpen retur. Denne må bekreftes av pasient på helsenorge.no eller 05515 så snart hjemreisetidspunkt er kjent.

Ansvar for rekvirering av retur:

Behandler som vurderer pasientens behov for tilrettelagt transport til behandling, kan vurdere pasientens behov fra behandling.

Hvis det ikke er rekvirert returreise på forhånd, er det behandler ved behandlingsstedet der pasienten har mottatt behandling som skal vurdere helsemessig behov for tilrettelagt transport ved returreisen og rekvirere reise. Fastlege kan ikke kontaktes for rekvirering av retur i disse tilfellene.

Hvis pasienten har vært innom flere behandlingssteder er det siste behandler som er ansvarlig for å vurdere behov og rekvirere reise.

Har pasienten behov for reiseledsager?

Hvis pasienten har behov for reiseledsager av helsemessige årsaker, må du som behandler dokumentere dette.

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

Hvis reiseledsager har lagt ut for reisen, og skal søke om støtte til utgifter i etterkant av reisen, må reiseledsager ha bekreftelse på at pasienten har vært til behandling.

Har pasienten spesielle behov på reisen?

Behandler er ansvarlig for å dokumentere pasientens spesielle behov og eventuelt behov for reiseledsager. Dette er viktig for at pasienten skal få riktig transport, blant annet for å unngå bomturer, at pasienten kommer for sent eller mister timen til behandling. Hvilke spesielle behov pasienten har på reisen registreres i NISSY.

Bestillinger foretatt etter klokken 13 virkedagen før reisen:

Reise inn til planlagt behandling skal bestilles så tidlig som mulig, og senest innen kl. 13 virkedagen før reisen skal gjennomføres. Ved bestillinger til behandling sendt tett opptil behandlingstidspunktet kan det ikke garanteres at pasient rekker inn til oppsatt oppmøtetidspunkt. Responstiden og tilgjengelig kapasitet vil kunne variere i ulike områder og tider på døgnet. Ta eventuelt kontakt med oss på 05515 for mer informasjon. Utenom vår åpningstid kan transportør kontaktes direkte for estimert hentetidspunkt.



Bestilling ved øyeblikkelig hjelp: ^

Med øyeblikkelig hjelp menes helsehjelp som det nødvendig å yte snarest. Dette er behandling som ikke er planlagt på forhånd og som må gis innen 24 timer. Behandling ved legevakt, behandling i forbindelse med fødsel og behandling i forbindelse med psykiske eller psykotiske lidelser hvor situasjonen er alvorlig, er eksempler på tilfeller som gjelder øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp skal ikke benyttes i tilfeller der ledig time til behandling åpner seg på kort varsel.

- Ved behov for øyeblikkelig hjelp kontakter pasienten behandlingssted for å avklare om det er øyeblikkelig hjelp.
- Pasienten ordner reisen selv og søker om dekning av reiseutgifter i etterkant av reisen. Behandler dokumenterer at reisen gjaldt øyeblikkelig hjelp. Drosjeutgifter til reiser som gjelder øyeblikkelig hjelp dekkes.
- Hvis rutinen over ikke lar seg gjennomføre: Behandler avklarer transportbehov og rekvirerer transport.

Behandling i primærhelsetjenesten hvor pasienten har behov for å krysse kommunegrensen? ^

Kommunen skal ha et dekkende behandlingstilbud, og hovedregelen er at det gis støtte til reiser innad i kommunen. Pasienter kan i enkelte tilfeller ha behov for å reise ut av kommunen til behandling. Hvis pasienten må krysse kommunegrensen for å motta behandling, og pasienten har behov for rekvirert transport, ta kontakt med pasientreisekontoret.

Pasienten kan få tilrettelagt transport til behandlinger utenfor kommunen hvis:

- Behandlingsstedet er geografisk nærmest pasientens oppholdssted
- Pasienten har fastlege i en annen kommune, og det eksisterer et fastlegesamarbeid med bostedskommunen

Konsekvenser ved rekvirering på feil grunnlag: ^

Rekvirering på feil grunnlag kan medføre at helseforetaket tar kontakt med ansvarlig behandler for veiledning for riktig bruk av tjenesten jf. Helsepersonelloven §6. Hvis det etter gjentakende oppfølging og veiledning fortsatt forekommer attestasjoner på feil grunnlag, kan helseforetaket fakturere deg som behandler direkte for reisene.

Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser

Beskriver arbeidsfordeling og ansvar mellom behandler, Pasientreiser og pasient i gjennomføringen av pasientreiser med rekvisisjon

Innhold

1. Innledning	3
1.1 Hovedregel: pasient ordner reise selv - reise uten rekvisisjon	3
1.2 Hvis pasienten ikke kan gjennomføre reisen på egen hånd - reise med rekvisisjon.....	3
1.3 Om retningslinjer for rekvirering av pasientreiser	3
2. Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser	4
2.1 Innledning.....	4
2.2 Behandler	5
2.2.1 Hvem kan attestere behov av helsemessige årsaker	5
2.2.2 Attesting av enkeltrekvisisjoner.....	5
2.2.3 Rekvirering av tur/retur	5
2.2.4 Attesting av behov for en lengre tidsperiode	6
2.2.5 Bruk av egen bil (kjøre selv eller bli kjørt).....	6
2.2.6 Øyeblikkelig hjelp.....	7
2.2.7 Bestillinger foretatt etter kl. 13 virkedagen før reisen.....	7
2.2.8 Reiseledsagers behov for dokumentasjon.....	7
2.2.9 Pårørendes behov for dokumentasjon	8
2.2.10 Spesielle behov.....	9
2.2.11 Delvis rekvirert reise (delreise).....	9
2.2.12 Rød papirrekvisisjon.....	9
2.2.13 Bestilling av flyreiser	9
2.2.14 Kommunekryssende turer til primærhelsetjenesten.....	10
2.2.15 Utenom åpningstider.....	10
2.2.16 Oppsummering av behandlerens ansvar	10
2.3 Pasientreisekontor	11
2.3.1. Rekvisisjon av trafikale årsaker hvor rutegående transport ikke er tilgjengelig	11
2.3.2 Attesting av tidsbestemte behov av trafikale årsaker	11
2.3.3 Oppfølging av endringer i rutegående tilbud	11
2.3.4 Oppsummering av pasientreisekontorenes ansvar	11
2.4 Pasient	12
2.4.1 Bruk av helsenorge.no	12
2.4.2 Bestille, se, bekrefte, endre og avbestille reise.....	12
2.4.3 Pasientens ansvar	13
3 Reise uten rekvisisjon	13
4 Ved avvik	13
Ordliste	14

1. Innledning

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

1.1 Hovedregel: pasient ordner reise selv - reise uten rekvisisjon

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

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

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

Pasienter som av helsemessige eller trafikale årsaker ikke kan reise med offentlig transport, kjøre selv eller bli kjørt, kan ha rett på en rekvirert reise. Behandler avgjør om pasienten har behov for rekvirert reise av helsemessige årsaker. Pasientreisekontorene avgjør om pasienten har behov for rekvirert reise av trafikale årsaker.

1.3 Om retningslinjer for rekvirering av pasientreiser

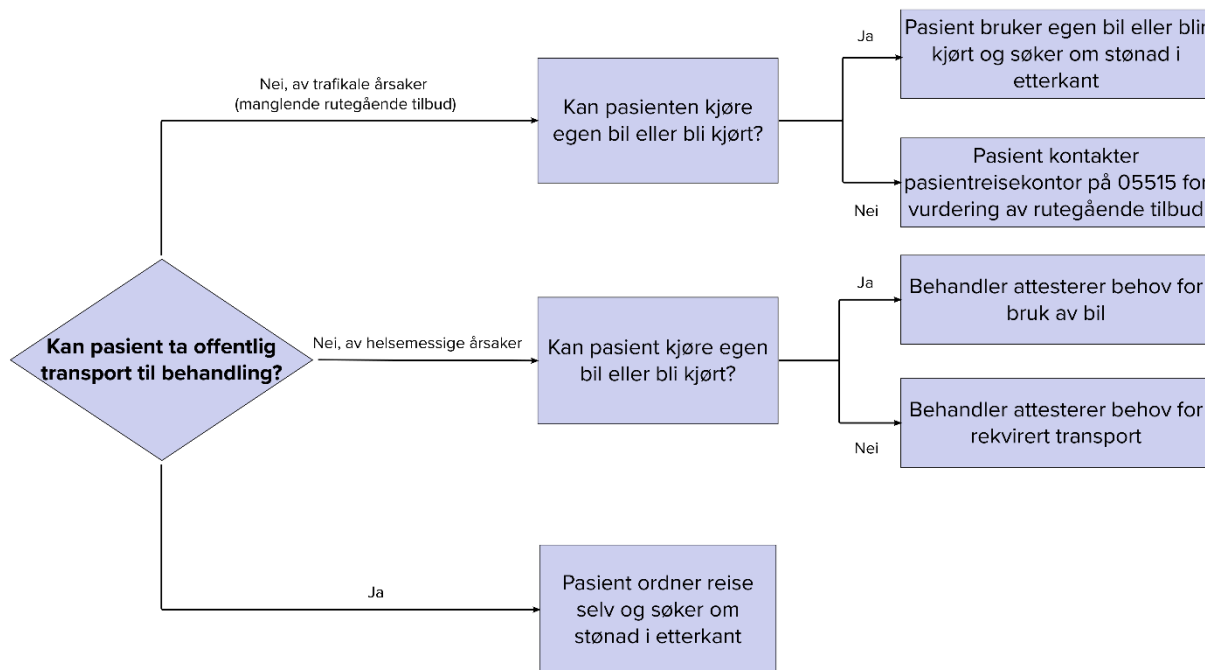
Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser beskriver arbeidsfordeling og ansvar mellom behandler, Pasientreiser og pasient i gjennomføringen av pasientreiser med rekvisisjon, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven og pasientreiseforskriften. Retningslinjene vil være tilgjengelig på [pasientreiser.no](#).

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

2. Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser

2.1 Innledning

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



Flytskjema: hovedregel for pasientreiser

- Reiser under 10 km eller med rutegående transportmiddel til lokal minstetakst/enhetstakst dekkes ikke, med mindre reisen gjelder øyeblikkelig hjelp eller behandler attesterer at pasienten har behov for drosje eller bil av helsemessige årsaker.

2.2 Behandler

2.2.1 Hvem kan attestere behov av helsemessige årsaker

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

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

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

2.2.2 Attesting av enkeltrekvisisjoner

- Henvissende behandler har ansvar for å vurdere pasientens helsemessige behov for tilrettelagt transport og rekvirere reise. Reise skal rekvireres i god tid før behandling.
 - Ved gjentakende behandlinger er det pasientens behandler som skal vurdere pasientens helsemessige behov for tilrettelagt transport
 - Fastlegen har i tillegg et særlig ansvar for attesting i tilfeller der henvissende behandler/annen behandler ikke kjenner pasientens bakenforliggende helsemessige behov for tilrettelagt transport.
- Hvis pasienten har et helsemessig behov for tilrettelagt transport, men ikke har fått rekvirert reise av annen behandler, kan fastlege rekvirere transport.
 - Unntak: Hvis det ikke er rekvirert returreise på forhånd, er det behandler ved behandlingsstedet pasienten mottar behandling som skal vurdere helsemessig behov for returreisen. Har ikke pasienten behov for tilrettelagt transport på returreisen, skal pasienten ordne reisen på egenhånd og søke om støtte til utgifter i etterkant.
- Hvis pasienten ikke kan benytte offentlig transport av helsemessige årsaker, kan behandler attestere behov for at pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt.
- Behandler er ansvarlig for å vurdere om pasienten har behov for tilrettelagt transport på hele eller deler av reisen. Behandler ser på hele reisen (tid og avstand) og vurderer pasientens behov ut ifra det.

2.2.3 Rekvirering av tur/retur

- Hvis pasienten har behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker begge veier, kan reise rekvireres både til og fra behandling.
- Behandler som rekvirerer transport på reisen til behandling er ansvarlig for å vurdere om pasienten også har behov for tilrettelagt transport på returreisen.

- Returreise bekreftes av pasienten så snart pasienten vet når en er ferdig med behandling. Pasienten kan bekrefte returreise via helsenorge.no eller på telefon 05515. Returreise trenger ikke å bekreftes dersom transport allerede er bestilt.
- Hvis det ikke er rekvirert reise for returreisen på forhånd, er det behandler ved behandlingsstedet pasienten mottar behandling som skal vurdere helsemessig behov for returreisen og rekvirere reise. Har ikke pasienten behov for tilrettelagt transport på returreisen, skal pasienten ordne reisen på egenhånd og søke om støtte til utgifter i etterkant.
- Hvis pasienten har vært innom flere behandlingssteder er det den siste behandleren pasienten er hos som er ansvarlig for å vurdere behov og rekvirere reise.

2.2.4 Attestering av behov for en lengre tidsperiode

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

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

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

2.2.6 Øyeblikkelig hjelp

Med øyeblikkelig hjelp menes helsehjelp som det er nødvendig å yte snarest. Dette er behandling som ikke er planlagt på forhånd og som må gis innen 24 timer. Behandling ved legevakt, behandling i forbindelse med fødsel og behandling i forbindelse med psykiske eller psykotiske lidelser hvor situasjonen er alvorlig, er eksempler på tilfeller som gjelder øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp skal ikke benyttes i tilfeller der ledig time til behandling åpner seg på kort varsel (se punkt 2.2.7 for rutine i slike tilfeller).

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

2.2.7 Bestillinger foretatt etter kl. 13 virkedagen før reisen

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

Ved reiser bestilt etter klokken 13 virkedagen før reisen:

- Ved bestillinger som foretas etter klokken 13.00 virkedagen før reisen kan det ikke garanteres at pasienter med helsemessig eller trafikalt behov for tilrettelagt transport vil få tilbudt tilstrekkelig servicegrad i henhold til serviceerklæringen. I disse tilfellene vil tilgjengelig kapasitet være avgjørende for om pasienten får tilrettelagt transport.

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

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

2.2.8 Reiseledsagers behov for dokumentasjon

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

- Behandler er ansvarlig for å attestere pasientens behov for reiseledsager når dette er nødvendig på reisen av helsemessige årsaker. Behovet må være dokumentert for at reiseledsagers utgifter skal dekkes.

- Unntak: barn under 18 år kan ha med seg reiseledsager uten at dette attesteres av behandler.
- Hvis reiseledsager har behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker er det pasientreisekontoret som rekvirerer reise.

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

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

2.2.9 Pårørendes behov for dokumentasjon

Pårørende som følger pasienten til eller fra behandling regnes som reiseledsager dersom dette er nødvendig for å kunne gjennomføre reisen. Utenom dette har den pårørende kun rett til å få støtte til reiseutgifter i følgende tilfeller:

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

Behandler er ansvarlig for å dokumentere dette.

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

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

2.2.10 Spesielle behov

Behandler er ansvarlig for å vurdere og dokumentere eventuelle spesielle behov og at det blir huket av for disse i NISSY. Dette er viktig for at pasienten skal få riktig transport, blant annet for å unngå bomturer, at pasienten kommer for sent eller mister timen til behandling. Hvilke spesielle behov som er tilgjengelig for reisen, samt beskrivelse av disse, fremkommer i NISSY.

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

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

2.2.11 Delvis rekvirert reise (delreise)

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

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

2.2.12 Rød papirrekvisisjon

Rød papirrekvisisjon kan benyttes:

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

2.2.13 Bestilling av flyreiser

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

2.2.14 Kommunekryssende turer til primærhelsetjenesten

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

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

- Behandlingsstedet er geografisk nærmest pasientens oppholdssted
- Pasienten har fastlege i en annen kommune, og det eksisterer et fastlegesamarbeid med bostedskommunen
- Det er lange ventetider til behandling i bostedskommunen og pasienten trenger behandling raskt
- Bostedskommunen ikke tilbyr den typen behandling pasienten trenger

- Hvis pasienten må krysse kommunegrensen for å motta behandling, og pasienten har behov for rekvirert transport, må behandler sende søknad om dette til pasientreisekontoret.
- Basert på søknad undersøker pasientreisekontoret opplysningene med pasientens bostedskommune. Det er bostedskommunen som dokumenterer hvorvidt tilbudet mangler i kommunen.

2.2.15 Utenom åpningstider

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

2.2.16 Oppsummering av behandlers ansvar

Pasientens behandler er ansvarlig for å:

- rekvirere reise når pasienten har helsemessig behov for det.
- rekvirere tur/returreise hvis pasientens helsetilstand tilsier behov for tilrettelagt transport begge veier.
- bistå pasienter som ikke kan håndtere endring og avbestilling av reise på egenhånd.

Behandler kan attestere behov for tilrettelagt transport for en lengre tidsperiode til pasienter med tidsbestemt helsemessig behov, inntil en periode på maksimalt 1 år.

Behandler er ansvarlig for å attestere/dokumentere:

- eventuelle spesielle behov pasienten har på reisen.
- pasientens behov for reiseledsager når dette er nødvendig på reisen av helsemessige årsaker. Gjelder ikke pasienter under 18 år.
- hvis den pårørende har rett til støtte til reiseutgifter (se punkt 2.2.9).
- at pasienten har mottatt øyeblikkelig hjelp når pasienten legger ut for reisen selv.
- hvis pasienten trenger rekvirert transport til behandling i en annen kommune, og sende søknad til pasientreisekontoret (se punkt 2.2.14 for nærmere beskrivelse).
- pasientens behov for å benytte egen bil eller blir kjørt hvis pasienten ikke kan benytte offentlig transport av helsemessige årsaker, inntil en periode på maksimalt et år.

2.3 Pasientreisekontor

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

- Pasientreisekontoret attesterer behov for tilrettelagt transport til og fra behandling når rutegående transport ikke er tilgjengelig på hele eller deler av strekningen. Når avstanden fra oppholdsstedet til behandlingsstedet er mindre enn 10 km dekkes ikke transport.

2.3.2 Attesting av tidsbestemte behov av trafikale årsaker

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

2.3.3 Oppfølging av endringer i rutegående tilbud

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

2.3.4 Oppsummering av pasientreisekontorenes ansvar

Pasientreisekontorene har ansvar for:

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

2.4 Pasient

2.4.1 Bruk av helsenorge.no

- Pasienten kan bestille, se, bekrefte, endre og avbestille reisen på helsenorge.no. Øvrige pasienter benytter 05515.
 - Unntak: Flyreiser bestilles alltid via 05515

2.4.2 Bestille, se, bekrefte, endre og avbestille reise

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

2.4.3 Pasientens ansvar

Pasienten er selv ansvarlig for å:

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

3 Reise uten rekvisisjon

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

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

4 Ved avvik

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

Ordliste

Begreper	Definisjon
Reiser uten rekvisisjon	Pasienten organiserer reisen selv og søker om å få støtte til reisen i etterkant.
Reiser med rekvisisjon	En reise med tilrettelagt transport som organiseres av pasientreisekontorene. Reiser med rekvisisjon rekvireres av behandler på grunn av pasientens helsetilstand eller av pasientreiserkontor når det mangler et rutegående transporttilbud.
Rekvisisjon	En bekreftelse på at pasienten får tilrettelagt transport på den aktuelle pasientreisen som følge av helsemessige eller trafikale årsaker.
Enkeltrekvisisjon	En rekvirert reise som gjelder for én tur.
Tidsbestemt attestasjon	En attest på at pasient har behov for tilrettelagt transport for en gitt tidsperiode.
Rekvirering av reise	Å registrere en rekvisisjon i forkant av reisen ved elektronisk rekvirering eller ved å ringe 05515.
Pasientreisekontor	Pasientreisekontorene ved helseforetakene er ansvarlig for administrering og organisering av reiser med rekvisisjon.
Pasientreiser HF	Et nasjonalt foretak, eid av de regionale helseforetakene, som behandler søknader om støtte til reise som sendes inn i etterkant og er ansvarlig for tenkologiutvikling og systemforvaltning.
NISSY	NISSY (Nasjonalt informasjonssystem for syketransport) er et system for rekvirering, bestilling, planlegging og gjennomføring av pasientreiser med rekvisisjon. Systemet brukes av alle pasientreisekontorene.
Brukerstøtte	Behandlere, pasienter og andre kan ringe brukerstøtte på 05515 og kan blant annet hjelpe til med elektronisk rekvirering, besvare spørsmål knyttet til rekvisisjonspraksis og regelverk, samt bestille, bekrefte, endre og avbestille reise for pasienter som ikke benytter helsenorge.no.
Trafikalt grunnlag	Når det ikke finnes rutegående transport og strekningen er 10 km eller mer én vei.
Rutegående transport	Med rutegående transport menes buss, tog, fly og båt som går i fast rute.
Delvis rekvirert reise (delreise)	Når pasienten har helsemessig eller trafikalt behov for rekvirert reise på deler av strekningen, men ikke på hele.
Øyeblikkelig hjelp	Med øyeblikkelig hjelp menes helsehjelp som det er nødvendig å yte snarest. Dette er behandling som ikke er planlagt på forhånd og som må gis innen 24 timer. Behandling ved legevakt, behandling i forbindelse med fødsel og behandling i forbindelse med psykiske eller psykotiske lidelser hvor situasjonen er alvorlig, er eksempler på tilfeller som gjelder øyeblikkelig hjelp.
Ikke planlagt time	Når det på kort varsel åpner seg en time til behandling.

Serviceparameter	Standardiserte måleparameter som tjenestene for pasientreiseordningen måles etter.
Serviceerklæringen	Serviceerklæringen oppsummerer hva pasientene kan forvente seg i møte med pasientreiseordningen.
Rød papirrekvisisjon	Røde papirrekvisisjon er en blokk med rekvisisjoner der behandler fyller inn opplysninger om pasienten, behandler, dato for reise og eventuelle spesielle behov for reisen. Behandler signerer på at pasienten av helsemessige årsaker ikke kan bruke rutegående transport.
Nære pårørende	Med nære pårørende menes ektefelle, samboer, barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre, svigerbarn, svigerforeldre og søsken, samt personer som tilhører samme husstand. Pårørende som av helsemessige årsaker er nødvendig for å gjennomføre selve reisen regnes som reiseledsager.
Reiseledsager	Person som av helsemessige årsaker er nødvendig for at pasienten skal være i stand til å gjennomføre selve reisen.

Høring – forslag til endringer i rekvirentveileder og utkast til attestasjonsløsning i NISSY

1. Innledning

I forbindelse med implementeringen av ny rekvisisjonspraksis er en av hovedaktivitetene å utarbeide retningslinjer for attestasjon, og videreutvikle rekvirentveilederen i NISSY. Det er disse som med dette sendes ut på høring til behandlerorganisasjoner, regionale brukerutvalg og pasientreisekontorenes regionale ledernetverk.

Dette dokumentet inneholder bakgrunnen for endringene i rekvirentveileder og attestasjonsløsning. Bakgrunnen for arbeidet beskrives, og de største overordnede endringene i retningslinjer for rekvirering av pasientreiser (rekvisisjonspraksis) presenteres.

Utkastet til endringer i rekvirentveileder og utkast til attestasjonsløsning er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av behandlere, helsesekretærer, representanter fra pasientreisekontorene i regionene og Pasientreiser HF.

Denne utsendelsen består av 4 dokumenter, men vi ber om innspill til kun dokumentet: Høringsdokument - endringer i rekvirentveileder og utkast til attestasjonsløsning i NISSY.

De to dokumentene Vedlegg 1 - Bakgrunn for høring og Vedlegg 2 - retningslinjer for rekvirering av pasientreiser (rekvisisjonspraksis) sendes over som bakgrunnsinformasjon for selve høringen.

Vedlegg 3 – Skjema for utfylling av tilbakemeldinger benyttes for å gi tilbakemelding på høringen.

Høringsfrist: 23. september 2022.

Høringsinnspill sendes til: johanne.vaaqland@karabin.no

2. Bakgrunn

Pasientreiser HF's styre ga 27. januar sin tilslutning til de foreslåtte endringene i rekvisisjonspraksis i sak 5-2022, og behandlet status for ny rekvisisjonspraksis den 18. februar i sak 12-2022. De foreslåtte endringer i dagens rekvisisjonspraksis vil forenkle arbeidsbyrden og oppgavene til behandler og overføre mer av bestillingsansvaret fra behandler til pasient. Dette er i tråd med målbildet for pasientreiser med rekvisisjon. Ny rekvisisjonspraksis er et steg videre for å effektivisere forvaltningen og gjøre brukeren på pasientreiseområdet til en aktiv ressurs.

I styresak 12-2022 beskrives innføring av ny rekvisisjonspraksis med følgende hovedaktiviteter:

1. *Ny attestasjonsmulighet; utarbeide retningslinjer for attestasjon, teknisk løsning for behandler og endre rekvirentveilederen i NISSY.*
2. *Selvbetjeningsløsning; teknisk utvikling på Helsenorge.*
3. *Kontrollstrategi; utarbeides for de nye endringene i rekvisisjonspraksis.*
4. *Informasjons- og opplæringsaktiviteter for ny rekvisisjonspraksis og selvbetjeningsløsningen på Helsenorge.*
5. *Pilotperiode og evaluering; planlegge og gjennomføre pilot for ny rekvisisjonspraksis og selvbetjeningsløsningen på Helsenorge.*
6. *Nasjonal innføring.*

3. Endringer i rekvisisjonspraksis

Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser beskriver arbeidsfordeling og ansvar mellom behandler, Pasientreiser og pasient i gjennomføringen av pasientreiser *med rekvisisjon*, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven og pasientreiseforskriften. Det er foreslått endringer som vil forenkle arbeidsbyrden og oppgavene til behandler, og overføre mer av bestillingsansvaret fra behandler til pasient. Endringene som foreslås er i tråd med målbildet for pasientreiser med rekvisisjon, og ny rekvisisjonspraksis er et steg i retningen av å nå dette målbildet.

Under ses en kortfattet oversikt over de største endringene:

PASIENTREISER																																																																											
Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser																																																																											
Beskriver arbeidsfordeling og ansvar mellom behandler, Pasientreiser og pasient i gjennomføringen av pasientreiser med rekvisisjon																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PASIENTREISER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Innhold</td> </tr> <tr> <td>1. Innledning</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1.1 Hovedbegrep: pasient og/eller reise selv - reise uten rekvisisjon</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1.2 Hvis pasienten ikke kan gjennomføre reisen på egen hånd - reise med rekvisisjon</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1.3 Om utvalgte regler for rekvirering av pasientreiser</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.1 Innledning</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.2 Behandler</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.2.1 Hvem kan utstille belegg av felleselegne drakter</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.2.2 Ansvar for avreise/retur</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.2.3 Rekvirering av luftreiser</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.2.4 Advarsling av belegg for en langreiseperiode</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2.5 Skal av reise til igjen stå eller bli igjen</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2.6 Gyldighetsgjeldende</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2.7 Beskrivelse av belegg etter 15 arbeidsdager for reisen</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.2.8 Beskrivelse av belegg for dokumentasjon</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2.2.9 Pasientens belegg for dokumentasjon</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2.2.10 Spesielle belegg</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2.2.11 Delvis rekvirert reise (delreise)</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2.2.12 Rekvirering av belegg</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2.2.13 Rekvirering av belegg</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2.2.14 Koronavirusende ture til prorsatt/beredningsområde</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2.2.15 Rekvirering av belegg</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2.2.16 Oppsummering av behandlers ansvar</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2.3 Pasientreiserkontor</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2.3.1 Rekvirering av felleselegne drakter hvor tilgjengende transport ikke er tilgjengelig</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2.3.2 Ansvar for avreise/retur av felleselegne drakter</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2.3.3 Oppfølging av endringer i tilgjengelige tilbud</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2.3.4 Oppsummering av pasientreiserkontorens ansvar</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2.4 Pasient</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2.4.1 Rekvirering av felleselegne drakter</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2.4.2 Beskrivelse av belegg, ordre og utstilt reise</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2.4.3 Pasientens ansvar</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>3. Rekvirering av rekvisisjon</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>4. Vedlegg</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Ordliste</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>		PASIENTREISER		Innhold		1. Innledning	2	1.1 Hovedbegrep: pasient og/eller reise selv - reise uten rekvisisjon	2	1.2 Hvis pasienten ikke kan gjennomføre reisen på egen hånd - reise med rekvisisjon	2	1.3 Om utvalgte regler for rekvirering av pasientreiser	2	2. Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser	3	2.1 Innledning	3	2.2 Behandler	4	2.2.1 Hvem kan utstille belegg av felleselegne drakter	4	2.2.2 Ansvar for avreise/retur	4	2.2.3 Rekvirering av luftreiser	4	2.2.4 Advarsling av belegg for en langreiseperiode	5	2.2.5 Skal av reise til igjen stå eller bli igjen	5	2.2.6 Gyldighetsgjeldende	5	2.2.7 Beskrivelse av belegg etter 15 arbeidsdager for reisen	5	2.2.8 Beskrivelse av belegg for dokumentasjon	6	2.2.9 Pasientens belegg for dokumentasjon	7	2.2.10 Spesielle belegg	8	2.2.11 Delvis rekvirert reise (delreise)	8	2.2.12 Rekvirering av belegg	8	2.2.13 Rekvirering av belegg	8	2.2.14 Koronavirusende ture til prorsatt/beredningsområde	9	2.2.15 Rekvirering av belegg	9	2.2.16 Oppsummering av behandlers ansvar	9	2.3 Pasientreiserkontor	10	2.3.1 Rekvirering av felleselegne drakter hvor tilgjengende transport ikke er tilgjengelig	10	2.3.2 Ansvar for avreise/retur av felleselegne drakter	10	2.3.3 Oppfølging av endringer i tilgjengelige tilbud	10	2.3.4 Oppsummering av pasientreiserkontorens ansvar	10	2.4 Pasient	11	2.4.1 Rekvirering av felleselegne drakter	11	2.4.2 Beskrivelse av belegg, ordre og utstilt reise	11	2.4.3 Pasientens ansvar	12	3. Rekvirering av rekvisisjon	12	4. Vedlegg	12	Ordliste	12
PASIENTREISER																																																																											
Innhold																																																																											
1. Innledning	2																																																																										
1.1 Hovedbegrep: pasient og/eller reise selv - reise uten rekvisisjon	2																																																																										
1.2 Hvis pasienten ikke kan gjennomføre reisen på egen hånd - reise med rekvisisjon	2																																																																										
1.3 Om utvalgte regler for rekvirering av pasientreiser	2																																																																										
2. Retningslinjer for rekvirering av pasientreiser	3																																																																										
2.1 Innledning	3																																																																										
2.2 Behandler	4																																																																										
2.2.1 Hvem kan utstille belegg av felleselegne drakter	4																																																																										
2.2.2 Ansvar for avreise/retur	4																																																																										
2.2.3 Rekvirering av luftreiser	4																																																																										
2.2.4 Advarsling av belegg for en langreiseperiode	5																																																																										
2.2.5 Skal av reise til igjen stå eller bli igjen	5																																																																										
2.2.6 Gyldighetsgjeldende	5																																																																										
2.2.7 Beskrivelse av belegg etter 15 arbeidsdager for reisen	5																																																																										
2.2.8 Beskrivelse av belegg for dokumentasjon	6																																																																										
2.2.9 Pasientens belegg for dokumentasjon	7																																																																										
2.2.10 Spesielle belegg	8																																																																										
2.2.11 Delvis rekvirert reise (delreise)	8																																																																										
2.2.12 Rekvirering av belegg	8																																																																										
2.2.13 Rekvirering av belegg	8																																																																										
2.2.14 Koronavirusende ture til prorsatt/beredningsområde	9																																																																										
2.2.15 Rekvirering av belegg	9																																																																										
2.2.16 Oppsummering av behandlers ansvar	9																																																																										
2.3 Pasientreiserkontor	10																																																																										
2.3.1 Rekvirering av felleselegne drakter hvor tilgjengende transport ikke er tilgjengelig	10																																																																										
2.3.2 Ansvar for avreise/retur av felleselegne drakter	10																																																																										
2.3.3 Oppfølging av endringer i tilgjengelige tilbud	10																																																																										
2.3.4 Oppsummering av pasientreiserkontorens ansvar	10																																																																										
2.4 Pasient	11																																																																										
2.4.1 Rekvirering av felleselegne drakter	11																																																																										
2.4.2 Beskrivelse av belegg, ordre og utstilt reise	11																																																																										
2.4.3 Pasientens ansvar	12																																																																										
3. Rekvirering av rekvisisjon	12																																																																										
4. Vedlegg	12																																																																										
Ordliste	12																																																																										



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



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



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



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



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



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




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




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

3.1 Attestering av tidsbestemte behov


Hva	 <div style="border: 1px solid #add8e6; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Behandler gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessig behov. Fastlege kan attestere til alle behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. Andre behandlere kan attestere til egen virksomhet.</p> </div>
Hvorfor	<p>I dag må hver enkelt reise rekvireres, og det påfører behandler en stor administrativ belastning. Allmennlegeforeningen anslår at det i gjennomsnitt tar 3 minutter per rekvisisjon som utstedes¹. Behandlers oppgave bør i størst mulig grad avgrenses til å vurdere og dokumentere om det foreligger et medisinsk behov for tilrettelagt transport i tråd med pasientreiseforskriften. Selve bestillingen av reisen og videre oppfølging overføres til pasient og Pasientreisekontor, i tråd med strategien for pasientreiseområdet.</p>
Retningslinjer	<ul style="list-style-type: none"> • Behandler kan attestere behov for tilrettelagt transport for en lengre tidsperiode til pasienter med helsemessig behov. <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle behandlere kan attestere tidsbestemt helsemessig behov for reiser til og fra egne behandlinger/behandlingsstedet behandleren er tilknyttet. ○ Pasientens fastlege kan i tillegg attestere tidsbestemt helsemessig behov til alle typer behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til behandlinger i spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. • Pasienter med attestert behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt. Disse pasientene kan få hele reisen og tilleggsutgifter dekket, forutsatt at eventuell bestilt transport blir avbestilt før reisen gjennomføres. Pasienten er selv ansvarlig for å avbestille reise. • Behandler vurderer hvor lenge attestasjonen skal vare, inntil en periode på maksimalt 1 år. • Behandler har alltid anledning til å endre eller fjerne attesterte behov for en tidsperiode, for eksempel hvis pasienten sin helsetilstand endrer seg.

¹ Styresak 47-2020/3, Helse Nord, 25. mars 2020.

3.2 Rekvirering av tur/retur


Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Det kan rekvireres tur/retur dersom det forventes å være et helsemessig behov for tilrettelagt transport begge veier.</p> </div>
Hvorfor	<p>Under dagens regime må pasienten som oftest be behandler man er henvist til om rekvisisjon på returreise. Brukerorganisasjoner opplyser at dette er stressende for pasient, da behandler ikke alltid har tid til dette og kan være vanskelig å nå, samt at årsaken til rekvisisjonen kan være noe pasienten ikke ønsker å dele med andre enn henvisende behandler.</p>
Retningslinjer	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis pasienten har behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker begge veier, kan reise rekvireres både til og fra behandling. • Behandler som rekvirerer transport på reisen til behandling er ansvarlig for å vurdere om pasienten også har behov for tilrettelagt transport på returreisen. • Returreise bekreftes av pasienten så snart pasienten vet når en er ferdig med behandling. Pasienten kan bekrefte returreise via helsenorge.no eller på telefon 05515. Returreise trenger ikke å bekreftes dersom transport allerede er bestilt. • Hvis det ikke er rekvirert reise for returreisen på forhånd, er det behandler ved behandlingsstedet pasienten mottar behandling som skal vurdere helsemessig behov for returreisen og rekvirere reise. Har ikke pasienten behov for tilrettelagt transport på returreisen, skal pasienten ordne reisen på egenhånd og søke om støtte til utgifter i etterkant. • Hvis pasienten har vært innom flere behandlingssteder er det den siste behandleren pasienten er hos som er ansvarlig for å vurdere behov og rekvirere reise.

3.3 Bruk av egen bil av helsemessige årsaker (kjøre selv eller bli kjørt)


Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Bruk av egen bil av helsemessige årsaker kan attesteres av behandler.</p> </div>
Hvorfor	<p>Bruk av egen bil til behandling vil alltid være en betydelig billigere og mer fleksibel løsning enn taxi, og brukerorganisasjonene opplyser at mange pasienter ønsker dette alternativet. Brukerorganisasjonene mener at det i dag er utstrakt bruk av taxi på medisinsk grunnlag selv om pasient egentlig kunne ha brukt egen bil eller blitt kjørt. Dette fordi pasient er i tvil om de faktisk får refundert ekstrautgiftene ved bruk av egen bil (ferge, bompenger, parkering og piggdekk).</p>
Retningslinjer	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis pasienten ikke kan benytte offentlig transport av helsemessige årsaker, kan behandler attestere behov for at pasienten kan benytte egen bil eller blir kjørt. • Behandler vurderer hvor lenge pasienten kommer til å ha behov for å kjøre selv eller bli kjørt til behandling, og legger inn dette i attestasjonen. • Pasienter med attestert behov for tilrettelagt transport av helsemessige eller trafikale årsaker kan la være å bestille reise for å kjøre selv eller bli kjørt, og få dekket reisen i etterkant.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienten som har rekvirert reise er ansvarlig for å avbestille reisen på helsenorge.no eller på telefon 05515, hvis pasienten i stedet velger å kjøre selv eller bli kjørt. • Hvis pasienten ordner reisen sin selv og ikke avbestiller rekvirert transport, avslås eventuelle søknader om dekning av reiseutgifter i etterkant
--	---

3.4 Pasient med innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt

Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> Pasienter som har fått innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt i stedet. </div>
Hvorfor	<p>Bruk av egen bil vil alltid være en rimeligere løsning enn en tilrettelagt transport. Med denne endringen ønsker vi å åpne opp for at pasienter som er tilstått tilrettelagt transport alltid kan velge å benytte egen bil i stedet, enten ved at de kjører selv eller blir kjørt. Det er en erkjennelse at selv om pasienten har fått innvilget tilrettelagt transport på medisinsk grunnlag så kan pasienten tidvis være i stand til å kjøre selv pga. variasjon i sykdomsbildet, eller pga. vei og føreforhold (noen vil f.eks. ikke være i stand til å kjøre selv om vinteren, men kan klare det om sommeren). Selv om pasienten på tidspunktet for innvilgelse av tilrettelagt transport ikke er i stand til å kjøre egen bil, så kan det på dagen for behandling vise seg at pasienten likevel er i stand til å kjøre egen bil. Vi ønsker å oppmuntre til bruk av billigste transportalternativ.</p>
Retningslinjer	Se over.

3.5 Pasienter kan bestille, endre, avbestille og bekrefte reise selv

Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> Pasienter kan se, endre, avbestille og bekrefte reisen selv i selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no. Øvrige pasienter benytter seg av 05515. Pasienter med attestert tidsbestemt behov kan bestille reise via helsenorge.no eller 05515. </div>
Hvorfor	<p>Sikre at rekvisisjonspraksisen reflekterer arbeidsflyten som oppstår når pasienten nå selv kan administrere reisen sin på helsenorge.no, og bidra til overordnede føringer om at all relevant informasjon skal være tilgjengelig på helsenorge.no. Pasientene som av ulike årsaker (alder, nedsatte kognitive evner etc.) ikke vil være i stand til å benytte helsenorge.no blir henvist til 05515 for bistand.</p>
Retningslinjer	<p>Bruk av helsenorge.no</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasienten kan bestille, se, bekrefte, endre og avbestille reisen på helsenorge.no. Øvrige pasienter benytter 05515. <ul style="list-style-type: none"> ○ Unntak: Flyreiser bestilles alltid via 05515 <p>Bestille, se, bekrefte, endre og avbestille reise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestille reise <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasienter med attestert tidsbestemt helsemessig eller trafikalt behov kan bestille reise via helsenorge.no.


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

Pasientens ansvar

Pasienten er selv ansvarlig for å:

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


3.6 Presisering av begrepet «øyeblikkelig hjelp»

Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Betydningen av begrepet «øyeblikkelig hjelp» i pasientreiseforskriften presiseres, og ansvaret for at pasient kommer frem til behandling legges til rekvirent. </div> <p>Med øyeblikkelig hjelp menes helsehjelp som det er nødvendig å yte snarest. Dette er behandling som ikke er planlagt på forhånd og som må gis innen 24 timer. Behandling ved legevakt, behandling i forbindelse med fødsel og behandling i forbindelse med psykiske eller psykotiske lidelser hvor situasjonen er alvorlig, er eksempler på tilfeller som gjelder øyeblikkelig hjelp². Rekvirenten er ansvarlig for at pasienter som henvender seg til legevakten og legevaktsentralen om øyeblikkelig hjelp, følges opp og kommer seg til behandling. Kommunen er ansvarlig for at legevaktsentralen og legevaktordningen har et system som gjør det mulig for rekvirent å utøve dette ansvaret.</p>
Hvorfor	<p>Turer til øyeblikkelig helsehjelp foregår ofte utenfor pasientreisekontorets åpningstider, og fra andre adresser enn pasientens folkeregistrerte. Dette medfører en forhøyet risiko for avvik, med mulig konsekvens at transporten ikke går som forutsatt, og i ytterste konsekvens at pasienten ikke kommer til behandling som forventet.</p> <p>Ettersom pasientreisekontorene ikke har døgnkontinuerlig bemanning er det nødvendig at behandler i disse tilfellene tar et noe større ansvar for at transporten til behandling gjennomføres.</p> <p>I dag benytter enkelte behandlere feilaktig ØH-begrepet når det bestilles timer på kortere varsel enn innen kl. 13:00 virkedagen før behandling. Dette er en uheldig praksis og misbruk av ØH-begrepet som vi ønsker å få avsluttet.</p>
Retningslinjer	<p>Med øyeblikkelig hjelp menes helsehjelp som det er nødvendig å yte snarest. Dette er behandling som ikke er planlagt på forhånd og som må gis innen 24 timer. Behandling ved legevakt, behandling i forbindelse med fødsel og behandling i forbindelse med psykiske eller psykotiske lidelser hvor situasjonen er alvorlig, er eksempler på tilfeller som gjelder øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp skal ikke benyttes i tilfeller der ledig time til behandling åpner seg på kort varsel (se punkt 2.2.7 for rutine i slike tilfeller).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved behov for øyeblikkelig hjelp kontakter pasienten behandlingssted for å avklare om det er øyeblikkelig hjelp. • Pasienten ordner reisen selv og søker om dekning av reiseutgifter i etterkant av reisen. Behandler dokumenterer at reisen gjaldt øyeblikkelig hjelp. Drosjeutgifter til reiser som gjelder øyeblikkelig hjelp dekkes. • Hvis rutinen beskrevet over ikke lar seg gjennomføre: Behandler avklarer transportbehov og rekvirerer transport.


² Definisjonen er hentet fra veilederen til regelverket for pasientreiser. Veilederen er utarbeidet/godkjent av juridisk nettverk, og mye bygger på den gamle nasjonale veilederen på syketransportområdet, før vi fikk pasientreiseforskriften. Det gjelder blant annet definisjonen for øyeblikkelig hjelp. Veilederen har vært innom Helsedirektoratet for gjennomgang.

	<ul style="list-style-type: none"> Rekvirenten er ansvarlig for at pasienter som henvender seg til legevakten og legevaktsentralen om øyeblikkelig hjelp, følges opp og kommer seg til behandling. Kommunen er ansvarlig for at legevaktsentralen og legevaktordningen har et system som gjør det mulig for rekvirent å utøve dette ansvaret.
--	--

3.7 Presisering av bestillinger etter klokken 13:00 virkedagen før behandling

Hva	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Håndtering av reiser bestilt etter kl. 13:00 siste virkedag før behandling presiseres. </div>
Hvorfor	<p>Det er behov for å vise tydelig til behandler hvordan bestillinger som kommer etter kl. 13:00 siste virkedag før behandling håndteres, og hva som kan forventes av leveranser.</p> <p>Det er behov for å ha en effektiv prosess for denne type reiser slik at reiser til ikke-planlagte timer kan gjennomføres.</p> <p>Det er behov for å skille øyeblikkelig hjelp-turer fra ikke planlagte- turer.</p>
Retningslinjer	<p>Bestillinger foretatt tett opp til behandlingstidspunktet for pasienten kan for eksempel skje når det på kort varsel åpner seg ledige behandlingstimer.</p> <p>Ved reiser bestilt etter klokken 13 virkedagen før reisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ved bestillinger som foretas etter klokken 13.00 virkedagen før reisen kan det ikke garanteres at pasienter med helsemessig eller trafikalt behov for tilrettelagt transport vil få tilbudt tilstrekkelig servicegrad i henhold til serviceerklæringen. I disse tilfellene vil tilgjengelig kapasitet være avgjørende for om pasienten får tilrettelagt transport. <p>Hvis det åpner seg ledige behandlingstimer på kort varsel og pasienten har behov for tilrettelagt transport:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvis pasienten har helsemessig behov for transport: Behandler tar kontakt på 05515 for å høre om pasienten kan rekke å komme inn til behandling på kort varsel. Pasientreisekontoret kan oppgi tidsestimat på hvor lang tid det vil ta å få den aktuelle pasienten inn til behandling. Hvis pasienten har trafikalt behov for transport: Pasienten tar kontakt på 05515 for rekvirert reise.

3.8 Attestering av tidsbestemte behov av trafikale årsaker

Hva	 <div style="border: 1px solid #4a7ebb; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; display: inline-block;"> <p>Pasientreisekontor gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker.</p> </div>
Hvorfor	<p>I dag må hver enkelt reise rekvireres, og det påfører pasientreisekontorene en unødvendig administrativ belastning for rekvirering av reiser av trafikale årsaker. Endringen bidrar til å effektivere interne prosesser hos pasientreisekontorene. På lik linje som tidsbestemte attester på helsemessig grunnlag, vil selve bestillingen og videre oppfølging av reisen gjøres av pasient via helsenorge.no, eventuelt 05515 for pasienter som ikke kan benytte helsenorge.no.</p>
Retningslinjer	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientreisekontoret kan attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med behov for dette på grunn av manglende rutegående tilbud. • Pasienter med attestert behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt. Disse pasientene får hele reisen og tilleggsutgifter dekket, forutsatt at eventuell bestilt transport blir avbestilt før reisen gjennomføres. Pasienten er selv ansvarlig for å avbestille reise.

Møtedato: 19. september 2022

Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Lillevoll/Holand

Dato:
12.09.2022

RBU-sak 70-2022

Tertialrapport nr. 1-2022

Formål

Denne orienteringssaken vil redegjøre for status per første tertial 2022 på nasjonale kvalitetsindikatorer, krav i oppdragsdokument for 2022 og krav som styret i Helse Nord RHF har bedt om oppfølging på.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

Helse Nord RHF sine kjerneverdier, kvalitet, trygghet, respekt og lagspill, er fundamentet for at foretaksgruppen i Helse Nord skal levere tjenester i tråd med overordnede mål og føringer. *Tertialrapport T1-2022* viser status i arbeidet og skal sette oss i stand til å vurdere utviklingen mot gjeldende målkrav ved at foretakene redegjør for sine resultater og arbeidet som gjøres med å forbedre dem. Utarbeidelse av tertialrapporten er et lagspill på alle nivåer i foretaksgruppen, og bidrar til at vi lærer av hverandre for å heve kvaliteten og graden av måloppnåelse.

Beslutningsgrunnlag

Styret i Helse Nord RHF behandlet 25. mai 2022 *styresak 63-2022 Virksomhetsrapport nr. 4-2022*, som omhandler økonomi- og aktivitetsdata for første tertial. Økonomi, aktivitetsdata og bemanning har derfor begrenset plass i tertialrapporten.

I *Tertialrapport nr. 1-2022* presenteres, i tillegg til krav i oppdragsdokumentet, andre områder av betydning for Helse Nord.

Under presenteres noen av områdene som er omhandlet i *Tertialrapport nr. 1-2022* (vedlegg).

Krav i oppdragsdokumentet

Vurdere flytting av elektiv aktivitet

Arbeidet med å vurdere hvilken elektiv aktivitet som kan flyttes er godt i gang i alle helseforetakene, og vil fortsette i andre tertial. Noe er allerede flyttet, og noe planlegges flyttet, for eksempel samarbeider UNN og Finnmarkssykehuset om å etablere håndkirurgisk poliklinikk i Alta med ambulerende håndkirurg fra UNN.

Andre tiltak som gjennomføres er ambulering av spesialist fra store til små sykehus, for eksempel fra Nordlandssykehuset Bodø til Lofoten og Vesterålen, særlig innen medisinske fag. Innen kirurgi er det også foretatt en fordeling, hvor enkelte elektive inngrep gjøres på de mindre sykehusene.

Beredskap

Det er utarbeidet oversikt (Implementeringsplan) over læringspunktene fra RHF sine tre evalueringsrapporter av beredskapsarbeidet ved Covid 19-pandemien. Denne er presentert for Regionalt beredskapsutvalg (REBU), Direktørmøte i Helse Nord, KTV/KVO og Regionalt brukerutvalg (RBU). Relevante læringspunkter fra Koronakommisjonens rapport er tatt inn i implementeringsplanen.

Læringspunktene tas inn i revisjonsarbeidet av Regional beredskapsplan med delplaner. Blant annet vil tidligere smittevernplaner og pandemiplaner revideres til delplan *Regional beredskapsplan for pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer.*

Tilstrekkelig kvalifisert personell

Planlagt og faktisk arbeidstid er i stor grad registrert i timeregistreringssystemet *GAT* for alle yrkesgrupper. Det som gjenstår er utvalgte legegrupper og leger som blir leid inn fra vikarbyrå. Sistnevnte er under oppfølging og forventet å komme på plass i løpet av 2022.

Andel helsefagarbeidere samlet i foretaksgruppen er på 3,7 %, og er uendret siden 2021 per første tertial. Variasjonen for andelen helsefagarbeidere i helseforetakene er mellom 2,9 % til 4,8 %.

Prosjektet *AOP* (avansert oppgaveplanlegging) har endret navn til *GODT planlagt* og konseptfasen er startet opp pr 16. mai 2022. Det er god forankring blant tillitsvalgte, og KTV deltar med to ressurser i prosjektgruppen og en ressurs i styringsgruppen. Alle sykehusforetakene har meldt inn ressurser til både prosjekt- og styringsgruppe.

Anskaffelsesområdet

Regional forvaltningsenhet for innkjøp og logistikk (REFIL) er etablert. To avtaleområder (24 avtaler) håndteres av REFIL, men grunnet for lite kapasitet i forhold til omfang greier man ikke å håndtere så mange avtaler som ønsket. I påvente av at man tar trinn to og tre i oppskaleringssplanen, vil forvaltningen av en god del av avtalene fremdeles måtte håndteres av hvert enkelt foretak. Konsekvensen av dette er at det vil ta lengre tid før vi er samordnet og kan koordinere prosesser på tvers i foretaksgruppen. Det igjen vil medføre at vi ikke greier å realisere det gevinstpotensialet som er på innkjøpsområdet i det tempoet som er forventet.

Den regionale styringsmodellen for anskaffelser må sees i sammenheng med nasjonal modell som skal implementeres i løpet av høsten 2022. Innkjøpsforum er enig i fordeling av ansvar, men operasjonalisering av denne vil kreve dedikert kapasitet tilsvarende ca. et halvt årsverk per kategori. Både den regionale og den nasjonale styringsmodellen fordrer god involvering og gode kommunikasjonslinjer ut til et samlet fagmiljø, og her har vi en betydelig vei og gå.

Teknologi

Arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler pågår. Gjennomgang av arbeidet med SLA-avtaler (Service Level Agreement) den 30. mai tilsier at det er sannsynlig at

målsatt dato kan nås. Arbeidet med detaljering av styringsmodellen pågår, og forventes klar for styrebehandling i Helse Nord RHF før 1. oktober 2022.

Arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT-systemer oppfyller krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet, ivaretas gjennom prosjekt *Helhetlig informasjonssikkerhet, fase 2*. Oppdragsbrevet er tildelt Helse Nord IKT etter konstituerende møte i programstyret.

Risikovurderinger

Det foreligger ikke grunnlag for å gjøre vesentlige justeringer i det risikobildet som ble presentert i februar, *styresak 15-2022*. Styret er oppdatert på status gjennom blant annet virksomhetsrapportene.

Fokuset i første tertial har i stor grad vært å få kontroll på den økonomiske risikoen, og det vises til egen styresak for omstillingsplan, samt *styresak om økonomisk langtidsplan (ØLP)* i juni. I styresak om ØLP omtales finansiell risiko tilknyttet investeringsplan. Det er økt usikkerhet i de økonomiske rammebetingelsene og fremtidige forpliktelser, samt forutsetninger knyttet til finansiering. Det er små sentrale reserver i opplegget. Kostnader knyttet til strategiske prosjekt, styrket beredskap, forbedret informasjonssikkerhet og avskrivingskostnader ved nye bygg må løses gjennom omprioriteringer innenfor dagens driftsrammer. Det forventes positive effekter av helseforetakenes reviderte omstillingsplaner og av e-helsetiltak, IKT-tiltak og bedre innkjøp.

Konklusjon

Tertialrapport nr. 1-2022 er lagt frem for styret i Helse Nord RHF. Foretakene står i en krevende situasjon, og det pågår et omfattende arbeid for å møte kravene til omstilling. Til tross for dette ser vi at foretakene i stort har aktiviteter på alle områder som inngår i tertialrapportering for første tertial. Administrasjonen i Helse Nord RHF følger opp utviklingen på kravene fra oppdragsdokumentet og sentrale indikatorer i oppfølgingsmøtene med helseforetakene.

Forslag til vedtak

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

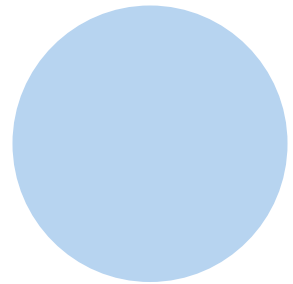
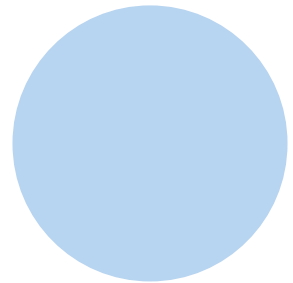
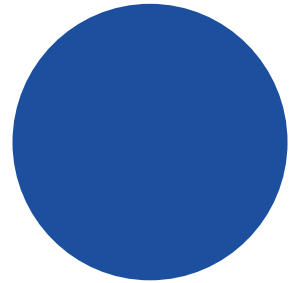
1. Regionalt brukerutvalg tar *Tertialrapport nr. 1-2022* til orientering.

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg: *Tertialrapport nr. 1-2022*

**Tertialrapport T1-2022 for
Helse Nord RHF**



Innhold

Om tertialrapporten.....	4
Sammenstilling av indikatorer.....	5
Krav i oppdragsdokument 2022:.....	10
3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder.....	10
3.2 Somatikk.....	11
4.8 Beredskap.....	11
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	13
9.2 Anskaffelsesområdet.....	15
10.0 Teknologi.....	15
13.0 Oppfølging og rapportering.....	17

Helhet

Helse Nords helhetlige styringsprosess. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig.



Om tertialrapporten

Tertialrapportene for 2022 er en del av tertial- og årlig melding for 2022. Den tertialvise rapporteringen for områdene økonomi, aktivitet og personell kommuniseres i all hovedsak til styret i Helse Nord RHF gjennom månedlige virksomhetsrapporter.

Tertialrapport T1-2022 har som mål å informere styret i Helse Nord RHF om de styringsparametere som helseforetakene skal rapporteres til eier pr. 1. tertial 2022, status på nasjonale kvalitetsindikatorer og krav som styret i Helse Nord RHF har bedt om oppfølging på. Helseforetakene i Helse Nord er bedt om å rapportere konkret og konsist, og rapportene skal inneholde informasjon om status med beskrivelse av gjennomførte tiltak.

Nasjonale kvalitetsindikatorer presentert i tabellform, og datakilde og tidsperiode er oppgitt i forklaringsteksten under hver tabell/figur. Tallene og figurene presentert i tertialrapporten er basert på ulike datakilder. Nasjonale kvalitetsindikatorer er fra www.helsenorge.no, hvor data oppdateres et tertial senere.

Når det gjelder pakkeforløp kreft, ventelistedata og aktivitetsdata det finnes det flere indikatorer som rapporteres særlig basert på data fra Norsk Pasientregister (NPR) og Helsedirektoratets sentrale dashboard. Disse oppdateres månedlig. Datakildene inneholder ferske, men foreløpige data fra de siste tre måneder, hvor det kan forventes mindre endringer/justeringer. Rapportering og korreksjon fra sykehusene kan påvirke disse tallene.

Nummereringen på kravene i rapporten viser til kapittel og kravnummer slik de fremgår i oppdragsdokumentet.

Sammenstilling av indikatorer

Tabell 1 og Tabell 2 viser sist oppdaterte og publiserte tall fra www.helsenorge.no.

KPI gruppe navn	Kode	Nasjonal kvalitetsindikatorer	Positive	Mål	Helgelandsykhuse t HF	Finnmarksykhuse t HF	Nordlandssykhuse t HF	Universitetssykeh uset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Akuttmedisin prehospitalt	Q116M1540	Andel pasienter med plutselig, uventet hjerTESTANS utenfor sykehus som fikk tilbake egen hjerterytme	H		16,7	33,3	31,0	42,9	26,2	30,6	26,6	26,6	26,9
Akuttmedisin prehospitalt	Q116M814	Antall vellykkede gjenopplivninger etter hjerTESTANS per 100 000 innbyggere	H		11,6	32,3	19,5	9,4	15,1	16,2	15,4	13,4	15,0
Akuttmedisin prehospitalt	Q116M816	Antall hjerTESTANSER per 100 000 innbyggere	L		69,7	96,9	63,0	21,8	57,5	52,9	58,0	50,2	55,7
Akuttmedisin prehospitalt	Q117M804	Andel hjerTESTANSER utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerTE-lunge-redning før ambulansen	H		85,0	89,7	87,1	61,5	88,8	83,9	86,7	82,9	86,1
Hjerte- og karsykdommer	Q143M29	Andel pasienter 18 år og over innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	H		17,1	2,6	20,9	13,9	12,9	15,0	16,8	21,7	16,9
Hjerte- og karsykdommer	Q332M1902	Andel pasienter med akutt hjerneslag som har fått tverrfaglig	H		72,5	88,2	82,9	85,2	83,6	83,1	81,7	83,7	82,5
Kreftpakkeforløp	Q159M990	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 24 kreftformer	H	70 %	80,6	88,5	78,4	75,5	73,2	77,7	77,8	90,0	79,3
Kreftpakkeforløp	Q199M1479	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for blærekreft	H	70 %	0,0	100,0	85,7	59,4	55,7	75,4	79,4	95,6	78,2
Kreftpakkeforløp	Q199M1495	Andel pakkeforløp for blærekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %		100,0	66,7	88,0	74,5	81,7	90,3	88,5	87,6
Kreftpakkeforløp	Q200M1451	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for brystkreft	H	70 %			89,2	96,3	90,8	93,2	89,8	95,9	91,4
Kreftpakkeforløp	Q200M1467	Andel pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			92,6	74,6	76,1	83,5	82,3	77,0	80,5
Kreftpakkeforløp	Q200M1790	Andel pakkeforløp for brystkreft innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %			93,6	70,7	74,3	81,0	83,5	74,1	80,3
Kreftpakkeforløp	Q200M1793	Andel pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %			90,5	92,3	87,1	91,2	77,0	81,5	80,9
Kreftpakkeforløp	Q201M1483	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for eggstokkreft	H	70 %				71,4	82,4	75,0	78,1	80,0	78,8
Kreftpakkeforløp	Q201M1498	Andel pakkeforløp for eggstokkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			0,0	85,7	71,8	72,7	74,0	84,2	75,4
Kreftpakkeforløp	Q202M1507	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for malignt melanom	H	70 %	70,0	0,0	63,6	81,6	84,6	74,0	72,7	87,2	77,3
Kreftpakkeforløp	Q202M1523	Andel pakkeforløp for malignt melanom gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	77,8	0,0	81,3	97,8	87,9	90,4	91,0	90,7	90,5
Kreftpakkeforløp	Q203M1487	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for hodehalskreft	H	70 %		0,0	42,9	33,3	58,2	38,5	72,6	88,5	70,8
Kreftpakkeforløp	Q203M1501	Andel pakkeforløp for hode-halskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			0,0	0,0	76,9	0,0	67,3	74,6	69,3
Kreftpakkeforløp	Q204M1511	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for livmorkreft	H	70 %				95,0	81,8	87,0	83,7	87,5	84,6
Kreftpakkeforløp	Q204M1526	Andel pakkeforløp for livmorkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			0,0	75,0	96,0	69,6	77,9	80,0	79,4
Kreftpakkeforløp	Q205M1455	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lungekreft	H	70 %	90,0	85,7	92,5	91,2	79,2	91,2	84,5	92,8	86,0
Kreftpakkeforløp	Q205M1470	Andel pakkeforløp for lungekreft som gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	80,0	33,3	54,2	52,6	59,3	56,6	63,0	73,3	64,3
Kreftpakkeforløp	Q205M1817	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %	40,0		40,0	26,7	57,1	32,1	65,2	70,5	61,1
Kreftpakkeforløp	Q205M1820	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %		0,0	62,5	63,6	75,0	67,7	74,6	77,9	74,9
Kreftpakkeforløp	Q205M1823	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %		0,0	0,0	75,0	26,7	70,8	43,6	68,4	51,5

KPI gruppe navn	Kode	Nasjonal kvalitetsindikatorer	Positive	Mål	Helgelandssykehuse t HF	Finnmarkssykehuse t HF	Nordlandssykehuse t HF	Universitetssykeh uset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Kreftpakkeforløp	Q206M1515	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lymfom	H	70 %			● 69,6	● 85,3	● 63,8	● 78,8	● 73,2	● 93,8	76,0
Kreftpakkeforløp	Q206M1529	Andel pakkeforløp for lymfom gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			● 50,0	● 86,7	● 55,3	● 71,9	● 50,8	● 70,2	58,6
Kreftpakkeforløp	Q207M1519	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for nyrekreft	H	70 %			● 0,0	● 62,5	● 66,7	● 64,5	● 80,0	● 97,6	80,0
Kreftpakkeforløp	Q207M1532	Andel pakkeforløp for nyrekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			● 0,0	● 33,3	● 50,0	● 32,0	● 54,1	● 76,7	56,7
Kreftpakkeforløp	Q208M1459	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for prostatakreft	H	70 %	84,6	● 88,9	● 77,4	● 52,8	● 74,4	● 68,1	● 83,0	● 91,2	81,8
Kreftpakkeforløp	Q208M1473	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	33,3	● 23,5	● 50,0	● 19,0	● 45,7	● 35,0	● 65,7	● 67,9	62,0
Kreftpakkeforløp	Q208M1796	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %	● 0,0	● 0,0	● 63,2	● 20,0	● 28,9	● 40,0	● 63,1	● 38,8	54,4
Kreftpakkeforløp	Q208M1799	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %			● 16,7	● 12,5	● 62,1	● 25,8	● 61,8	● 77,7	64,8
Kreftpakkeforløp	Q208M1802	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %							● 60,0	● 37,5	50,0
Kreftpakkeforløp	Q208M1805	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, overvåking uten behandling	H	70 %	40,0		● 46,2	● 25,0	● 54,8	● 37,8	● 73,1	● 78,6	69,0
Kreftpakkeforløp	Q209M1491	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk	H	70 %	● 0,0			● 87,5	● 60,0	● 80,8	● 78,6	● 89,4	77,6
Kreftpakkeforløp	Q209M1504	Andel pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %				● 0,0	● 92,3	● 33,3	● 80,0	● 91,7	81,3
Kreftpakkeforløp	Q210M1463	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft	H	70 %	90,3	● 93,3	● 90,7	● 79,7	● 81,5	● 86,8	● 80,0	● 85,5	82,0
Kreftpakkeforløp	Q210M1476	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	53,6	● 57,1	● 34,1	● 43,6	● 74,9	● 44,3	● 75,2	● 73,0	71,5
Kreftpakkeforløp	Q210M1808	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk	H	70 %	47,4	● 66,7	● 28,6	● 38,2	● 76,2	● 40,0	● 79,4	● 72,6	73,4
Kreftpakkeforløp	Q210M1811	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell	H	70 %					● 63,2	● 46,2	● 66,7	● 79,4	67,5
Kreftpakkeforløp	Q210M1814	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %					● 76,5	● 88,9	● 47,7	● 66,7	59,1
Kreftpakkeforløp	Q3M1781	Andel 26 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %	● 51,0	● 65,8	● 64,6	● 67,7	● 73,7	● 64,9	● 80,6	● 78,2	77,8
Kreftpakkeforløp	Q3M1784	Andel 26 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %	51,9	● 47,4	● 63,9	● 70,0	● 72,5	● 62,3	● 68,3	● 79,3	71,5
Kreftpakkeforløp	Q3M1787	Andel 26 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %	● 100,0	● 0,0	● 46,2	● 61,9	● 52,1	● 63,0	● 49,7	● 64,7	54,3
Kreftpakkeforløp	Q3M982	Andel pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid	H	70 %	● 54,1	● 56,1	● 62,8	● 66,5	● 71,9	● 62,8	● 75,2	● 77,7	74,3
Kreftpakkeforløp	Q52M1004	Andel gjennomførte diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	● 81,3		● 57,1	● 78,3	● 75,0	● 64,1	● 58,1	● 69,3	69,3
Legemidler	Q41M1214	Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode	L		16,2	● 16,6	● 18,0	● 14,4	● 16,1	● 15,8	● 17,2	● 15,5	16,5
Legemidler	Q41M1215	Antall definerte døgndoser (DDD) av «piperacillin og enzymer» per 100 liggedøgn/periode	L		6,1	● 4,4	● 6,6	● 4,9	● 4,3	● 5,5	● 4,2	● 5,0	4,5
Legemidler	Q41M1216	Antall definerte døgndoser (DDD) av andre generasjons cefalosporiner per 100 liggedøgn/periode	L		● 0,3	● 0,8	● 0,9	● 0,5	● 0,4	● 0,6	● 0,4	● 0,5	0,5
Legemidler	Q41M1217	Antall definerte døgndoser (DDD) av tredje generasjons cefalosporiner per 100 liggedøgn/periode	L		6,8	● 8,7	● 6,9	● 6,0	● 7,8	● 6,7	● 8,5	● 6,9	7,9
Legemidler	Q41M1218	Antall definerte døgndoser (DDD) av karbapenemer per 100 liggedøgn/periode	L		● 0,5	● 0,6	● 1,2	● 1,3	● 1,9	● 1,1	● 1,7	● 1,4	1,6
Legemidler	Q41M1219	Antall definerte døgndoser (DDD) av kinoloner per 100 liggedøgn/periode	L		● 2,6	● 2,0	● 2,5	● 1,6	● 1,8	● 2,0	● 2,2	● 1,7	2,0

KPI gruppe navn	Kode	Kvalitetsindikator navn	Positive	Mål	Helgelandssykehuse t HF	Finmarkssykehuse t HF	Nordlandssykehuse t HF	Universitetssykeh uset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
PHBU	Q101M158	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHBU	L	0 %	1,1	4,5	9,2	8,2	5,8	6,8	2,0	0,2	2,7
PHBU	Q121M1766	Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 1	H		87,3	92,4	91,1	94,0	93,6	91,5	88,6	90,7	90,0
PHBU	Q121M1769	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 2	H		90,0	88,2	86,0	94,4	90,7	89,7	84,7	84,0	85,9
PHBU	Q121M1772	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 3	H		100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	96,9	84,0	92,8
PHBU	Q19M120	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager	H	100 %	94,8	99,2	82,1	92,0	91,5	91,4	97,2	99,4	96,5
PHBU	Q20M124	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager	H	100 %	97,8	97,0	95,8	99,4	99,0	97,9	98,2	97,6	97,5
PHBU	Q290M189	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager	L	35 %	40,9	53,2	78,0	50,7	59,5	55,7	43,8	47,0	48,2
PHBU	Q290M190	Median ventetid innen PHBU i antall dager	L		35,0	53,0	67,0	42,0	55,0	48,0	36,0	43,0	41,0
PHBU	Q322M1890	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H	100 %	52,0	23,0	25,0	39,0	46,0	36,0	53,0	21,0	44,0
PHBU	Q326M1880	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80 %	41,0	38,0	47,0	56,0	17,0	46,0	36,0	43,0	36,0
PHBU	Q328M1871	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80 %	66,0	45,0	46,0	42,0	24,0	48,0	56,0	50,0	50,0
PHBU	Q97M146	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHBU	L	0 %	7,2	1,5	27,4	9,0	11,0	11,8	3,6	1,3	5,4
PHV	Q100M154	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHV	L	0 %	0,8	17,6	26,6	40,6	7,7	24,8	2,1	0,7	4,7
PHV	Q104M166	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHV	L	0 %	0,0	9,1	18,7	24,7	4,6	17,7	1,1	0,6	3,7
PHV	Q107M369	Andel nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet	H	100 %	98,8	97,1	99,3	82,4	89,1	91,1	94,7	96,1	93,9
PHV	Q124M1775	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i psykisk helsevern for	H	100 %	96,5	93,8	94,9	90,0	93,5	93,2	92,4	92,0	92,6
PHV	Q149M373	Andel voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV	H	100 %	0,0	13,3	10,0	6,8	31,9	8,2	10,6	29,4	17,2
PHV	Q149M377	Mangler registrering eller ukjent status for individuell plan	L	0	7	13	31	54	96	105	444	141	790
PHV	Q229M1178	Andel pasienter i døgnbehandling med minst ett tvangsmiddeldetak i måleperioden	L				4,7	7,2	6,3	4,7	7,6	7,4	7,0
PHV	Q297M197	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse voksne i antall dager	L	40 %	41,8	57,0	61,8	80,1	45,6	65,5	42,6	39,3	44,7
PHV	Q297M198	Median ventetid innen PHV i antall dager	L		36,5	41,0	51,0	67,0	35,0	49,0	36,0	31,0	36,0
PHV	Q300M203	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen PHV	L	0 %	0,8	6,4	1,3	6,1	0,7	4,1	2,3	2,3	2,4
PHV	Q321M1867	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80 %	67,0	60,0	69,0	66,0	71,0	67,0	73,0	73,0	73,0
PHV	Q323M1887	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H		29,0	11,0	22,0	22,0	42,0	21,0	48,0	17,0	41,0
PHV	Q325M1877	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80 %	52,0	47,0	30,0	31,0	38,0	40,0	50,0	47,0	47,0
PHV	Q71M320	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV	H	60 %	37,0	35,9	73,3	41,0	55,6	47,6	48,8	48,2	49,3
PHV	Q71M321	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV	H		88,9	74,5	87,5	74,9	94,3	77,8	80,1	79,7	81,4

KPI gruppe navn	Kode	Kvalitetsindikator navn	Positive	Mål	Helgelandssykehuse t HF	Finmarkssykehuse t HF	Nordlandssykehuse t HF	Universitetssykeh uset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
TSB	Q103M162	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen TSB	L	0 %	0,0	0,0	0,0	7,4	0,9	11,8	3,7	2,5	4,4
TSB	Q122M1778	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	H		100,0	100,0	97,9	99,0	84,2	99,0	98,5	96,2	96,1
TSB	Q18M1257	Andel avsluttede behandlingsopphold for pasienter over 18 år med manglende rapportering om avslutningstype	L	0 %	96,3	45,0	97,2	76,3	4,4	56,7	71,9	79,4	60,8
TSB	Q296M193	Gjennomsnittlig ventetid innen TSB i antall dager	L	30	26,7	33,5	33,4	32,4	26,3	41,8	33,3	27,4	32,7
TSB	Q296M194	Median ventetid innen TSB i antall dager	L		23,5	25,0	28,5	29,5	20,0	28,0	24,0	24,0	24,0
TSB	Q299M199	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB	L	0 %	0,0	6,6	1,7	1,5	1,4	2,5	2,1	1,3	1,9
TSB	Q320M1874	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80 %	56,0	29,0	11,0	15,0	58,0	24,0	44,0	41,0	44,0
TSB	Q324M1883	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H		40,0	33,0	6,0	58,0	40,0	47,0	48,0	31,0	44,0
TSB	Q327M1857	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80 %	56,0	67,0	86,0	30,0	75,0	56,0	88,0	79,0	84,0
TSB	Q70M313	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB	H	60 %	25,9	50,0	81,1	49,8	77,8	36,4	50,0	51,8	52,4
TSB	Q70M314	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB	H		77,8	95,0	91,9	80,5	97,2	58,4	81,7	81,6	80,4
TSB	Q99M150	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen TSB	L	0 %	9,1	4,8	2,4	10,1	1,0	10,1	2,1	1,6	2,8

Tabell 1 Sammenstilling av somatiske indikatorer 3. tertial 2021 for Helse Nord og resten av landet. Kilde: Helsedirektoratet, databasevennlig publisering.

Fargekoder: *grønt* = beste måloppnåelse i regionen/landet; *rødt* = laveste måloppnåelse i regionen/landet (uavhengig av om målet er nådd eller ikke, slik at rødt ikke indikerer at målet ikke er nådd).

(Dersom det er bare ett HF som har måltall, da ser vi alltid *grønt*, uansett måloppnåelse – gjelder særlig pakkeforløp kreft for kreftformer hvor utredning/behandling er sentralisert).

Positivitet; L=lavere verdi er best, H=høyere verdi er best

KPI gruppe navn	Kode	Kvalitetsindikator navn	Positive	Mål	Helgelandsykehus t HF	Finnmarsykehus t HF	Nordlandsykehus t HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Somatikk	Q119M425	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer	H		71,1	54,2	52,0	65,0	66,6	60,1	62,7	63,0	63,1
Somatikk	Q119M426	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 48 timer	H		95,6	79,2	90,7	91,3	95,4	89,5	94,3	93,2	93,8
Somatikk	Q184M1604	Andel pasienter med kronisk nyresvikt som får hjemmedialyse siste dag i tertialet	H			19,0	17,8	21,7	20,8	19,2	29,1	18,5	25,0
Sykehusopphold	Q102M256	Andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste	L	0 %	9,9	3,6	11,3	9,2	0,5	9,0	4,1	6,2	5,2
Sykehusopphold	Q157M82	Andel pasienter plassert på korridor	L	0 %	1,9	0,1	0,8	0,9	0,8	0,9	1,1	1,7	1,2
Sykehusopphold	Q284M103	Andel (%) utsettelse	L	5 %	6,5	10,9	12,2	9,0	5,8	9,4	7,1	6,3	6,6
Sykehusopphold	Q293M262	Gjennomsnittlig ventetid innen somatisk helsetjeneste	L	50	62,4	73,1	79,5	73,6	59,0	73,3	63,8	70,3	65,6
Sykehusopphold	Q293M263	Median ventetid	L	50	40,0	50,0	56,0	52,0	48,0	50,0	47,0	56,0	49,0
Sykehusopphold	Q298M264	Andel brudd på vurderingsgarantien	L	0 %	0,6	3,7	2,5	6,2	2,7	3,9	2,3	3,0	2,8
Sykehusopphold	Q306M1746	Andel oppdaterte ventetider for Velg behandlingssted, uavhengig av fagområde	H	100 %					92,6	84,3	91,9	76,0	88,8
Sykehusopphold	Q306M1747	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen fysisk helse	H	100 %					92,9	86,1	93,2	76,3	90,0
Sykehusopphold	Q306M1748	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse, voksne	H	100 %					96,7	76,7	92,3	76,4	88,1
Sykehusopphold	Q306M1749	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse, barn og unge	H	100 %					86,0	87,9	86,8	86,6	86,3
Sykehusopphold	Q306M1750	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen rus og avhengighet	H	100 %					96,7	91,9	93,6	73,0	89,7
Sykehusopphold	Q306M1751	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering, barn og unge	H	100 %					92,6	54,7	82,0	73,2	79,4
Sykehusopphold	Q306M1752	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering, voksne	H	100 %					91,2	59,6	84,8	65,7	77,9
Sykehusopphold	Q306M1753	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen rehabilitering	H	100 %					79,5	81,6	91,7	44,5	86,2
Sykehusopphold	Q69M334	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	H	70 %	57,2	69,6	78,4	63,6	58,7	67,7	67,1	62,5	65,0
Sykehusopphold	Q69M335	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	H		84,3	91,8	88,9	87,3	88,1	87,9	87,8	87,2	87,7
Sykehusopphold	Q98M252	Andel fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp	L	0 %	14,6	10,9	18,2	9,9	1,9	13,1	4,2	7,6	5,7

Krav i oppdragsdokument 2022:

3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder

Krav nr	Krav tekst	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens
---------	------------	-----------------	------------------------

3	Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
---	---	-------------------------------	--------------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Helse Nord har foreløpig ikke noen målbare gevinster på delprosjektene som er implementert i programmet av effektivitets- og kvalitetsfremmende tiltak på pasientreiser med rekvisisjon. Eksempelvis er «Selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon» implementert, og pasient kan nå selv se, endre og avbestille rekvirerte reiser på helsenorge.no. I løpet av 1. tertial 2022 har 286 pasienter i Helse Nord avbestilt, og 10 pasienter har endret på sin reise gjennom denne løsningen. Dette gir ingen merkbar effekt på antall henvendelse til pasientreisekontorene og gir ingen vesentlig økonomisk besparelse. Det har i samme periode vært 14 000 detaljoppslag på rekvirerte reiser i Helse Nord i løsningen, men effekten på henvendelser til pasientreisekontorene er usikker. Kvalitative gevinster for pasient er utfordrende å måle.

7	I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
---	---	-------------------------------	--------------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Helseforetakene representerer Helse Nord i ulike nasjonale forbedringstiltak innenfor reiser med rekvisisjon, gjennom arbeids- og kompetansegrupper. Arbeidet med å synliggjøre gevinstrealisering er startet, men på langt nær slutført. Det iverksettes i løpet av 2022 et eget nasjonalt tiltak for gevinstrealisering og risikovurdering. Det er stor usikkerhet rundt konsekvensene knyttet til ny rekvisisjonspraksis og implementering av neste fase i selvbetjeningsløsningen, hvor pasientene selv gis anledning til å bestille sine reiser basert på en tidsbegrenset attest fra behandler på inntil 1 år. Det forventes økt ressursbehov på pasientreisekontorene og risiko for høyere transportkostnad. Samtidig forventes at legekantorene og andre behandlere vil kunne frigjøre noen ressurser.

9	Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
---	--	-------------------------------	--------------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Arbeidet med å vurdere hvilken elektiv aktivitet som kan flyttes er godt i gang i alle helseforetakene, og vil fortsette i 2. tertial. Noe er allerede flyttet, og noe planlegges flyttet, f.eks. samarbeider UNN og Finnmarkssykehuset om å etablere håndkirurgisk poliklinikk i Alta med ambulerende håndkirurg fra UNN.

Andre tiltak som gjennomføres er ambulering av spesialist fra store til små sykehus, f.eks. fra Nordlandssykehuset Bodø til Lofoten og Vesterålen, særlig innen medisinske fag. Innen kirurgi er det også foretatt en fordeling, hvor enkelte elektive inngrep gjøres på de mindre sykehusene. I arbeidet vurderes også om det er pasientgrupper som behandles i annet foretak enn sitt eget, med mål om å tilby behandling i eget foretak. Eksempler på dette er pasienter henvist fra Finnmarkssykehuset til UNN, eller fra Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset, uten at det foreligger medisinsk grunn for det.

3.2 Somatikk

26	<p><i>Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Hvert HF skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefelleskapene. Fagråd for Hjertemedisin skal være referansegruppe og fagsjefmøtet skal være styringsgruppe for prosjektet. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.</i></p>	UNN	<p><i>Tertialrapporter og Årlig melding</i></p>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Prosjektplan er under utarbeidelse og vil forelegges de andre helseforetakene for godkjenning i løpet av 2. tertial.</p>			

4.8 Beredskap

47	<p><i>Delta i arbeidet med å utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Helse Nord RHF leder dette arbeidet.</i></p>	Alle	<p><i>Årlig melding</i></p>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> HFene har deltatt på utvikling av vertslandsstøttedokument og operative prosedyrer for flyging med luftambulans i militære restriksjonsområder, samt prosedyrer for sivil bruk av militær luftambulans.</p> <p>HFene har også deltatt på planseminar med Hæren for å tilegne seg samme situasjonsbilde som Forsvaret slik at man har samme ståsted for utvikling.</p> <p>HN RHF har tatt initiativ til- og sørget for å få gjennomført flere samhandlingsøvelser mellom sivile sykehus, ambulanser og forsvarrets feltsykehus og ambulanser.</p>			

HN RHF har også prøvd ut en liaisonfunksjon i sanitetsseksjonen i Hærstaben under øvelse Polaris/Gram 21 med godt resultat. Øvelsen er meget godt egnet for å kunne utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. HN RHF vil videreføre dette på nest øvelse Polaris/Gram i november 2022.

Prosjekt Blodberedskap – pilot Finnmark treffer også arbeidet med utvikling av operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Spesielt gjelder dette planer for etterforsyning av blod og blodprodukter.

Piloten planlegges avsluttet i 2024.

48	<i>Videreutvikle beredskapsarbeidet og -planene mtp. pandemier og andre alvorlige kriser, ved å følge opp egnevaluering av pandemihåndteringen, Koronakommisjonens rapport og egne risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorer mv.</i>	Alle	Årlig melding
----	---	------	---------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Det er utarbeidet oversikt (Implementeringsplan) over læringspunktene fra RHF sine tre evalueringsrapporter av beredskapsarbeidet ved Covid 19-pandemien. Denne er presentert for REBU, Direktørmøtet, KTV/ KVO og RBU. I Direktørmøtet 9 juni 2022 vil det komme en sak med implementeringsplan for RHF og HF.

Relevante læringspunkter fra Koronakommisjonens rapport er tatt inn i implementeringsplanen.

Læringspunktene tas inn i revisjonsarbeidet av Regional beredskapsplan med delplaner. Bl.a. vil tidl. smittevernplaner og pandemiplaner revideres til delplan Regional beredskapsplan for pandemi og smittevernberedskap mot alvorlige, høyinfeksiøse sykdommer.

49	<i>Innen 2. tertial evaluere ansattes erfaringer i møte med pandemien. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med ansattes representanter</i>	Alle	2. tertial og Årlig melding
----	--	------	-----------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Helse Nord har kartlagt følgende status hos foretakene:

- NLSH HF: Kjører implementering av læringspunktene fra Questback til alle ansatte i nov 2020.
- UNN HF: Ansatte gjennomfører ny Questback som evaluerer ansattes erfaringer med pandemien.
- Luftambulansetjenesten HF kjører ingen evaluering. LAT HF er ikke i direkte kontakt med pasienter, og har derfor ikke blitt nevneverdig belastet i forhold til pandemien. De har satt i verk noen organisatoriske tiltak etter ønske fra departementet, men det er også alt. De har derfor ingen større utredning om temaet, og dette står heller ikke oppgitt i deres oppdragsdokument.
- Apotek: Ikke mottatt oppdatert status.
- Helgelandssykehuset HF: Ikke mottatt oppdatert status
- Finnmarkssykehuset HF: Er i planleggingsfasen for gjennomføring

50	<i>Sammen med Helse Nord RHF planlegge, gjennomføre og evaluere Nasjonal helseøvelse 2022 (NHØ 22)</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
----	--	-------------------------------	---------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Nasjonal helseøvelse ble besluttet utsatt inntil videre på grunn av at øvelse Arctic Reihn ble utsatt som følge av krigen i Ukraina. HN RHF gjennomførte i stedet en øvelse i egen kriseledelse som brukte samme scenario som var ment for Nasjonal helseøvelse. I tillegg fikk vi gjennomført en lokal samhandlingsøvelse (Stormen Reindeer) i Bodø mellom Forsvaret ved sanitetsbataljonen i Brigade Nord, Nordlandssykehuset, Politi og brannvesen. Det er første gang at man øver bistand fra Forsvarets feltsykehus og ambulanser til sivil helsetjeneste i Nord-Norge. Øvelsen ble vellykket og avdekket en rekke verdifulle læringspunkter som vil bli tatt videre i utvikling av operative beredskapsplaner.

UNN Tromsø gjennomførte også en erstatningsøvelse for NHØ i samarbeid med sivilforsvaret i Tromsø.

51	<i>Sørge for at tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter.</i>	UNN, NLSH	Årlig melding
----	---	--------------	---------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Helse Nord har sørget for at HFene har etterlevd retningslinjene fra HOD der tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 ble gitt tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter. Det ble utarbeidet et interregionalt vertslandsstøttedokument som gav HFene føringer for dette.

52	<i>Delta i planlegging og gjennomføring av øvelsen Barents Rescue 2022</i>	UNN, NLSH	Årlig melding
----	--	--------------	---------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Helse Nord har deltatt i innledende planlegging av øvelsen, men grunnet Ukrainasituasjonen har all aktivitet så langt blitt satt på pause, og det er svært usikkert om øvelsen skal gjennomføres uten Russland.

	<i>Bidra med innspill til departementets nasjonale gjennomgang av helseberedskapen i 2022.</i>	RHF	Årlig melding
--	--	-----	---------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Helse Nord er i tett dialog med HOD innen arbeidet sikkerhet og beredskap, og vil bidra med innspill til den nasjonale gjennomgang av helseberedskapen i 2022 når dette etterspørres.

	<i>Delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022.</i>	RHF	Årlig melding
--	--	-----	---------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Øvelse Arctic Reihn/Nasjonal helseøvelse ble utsatt pga krigen i Ukraina, men HN RHF sørget for at det allikevel ble gjennomført en lokal masseskadeøvelse med CBRNE tilsnitt i samarbeid med Forsvaret og nødetatene i Bodø.

UNN HF gjennomførte en mindre CBRNE øvelse i samarbeid med sivilforsvaret i Tromsø som erstatning for NHØ.

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

63	<i>Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.</i>	FIN, UNN,	Tertialrapporter og Årlig melding
----	---	--------------	--------------------------------------

		NLSH, HSYK	
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Planlagt og faktisk arbeidstid er i stor grad registrert i GAT for alle yrkesgrupper. Det som gjenstår er utvalgte legegrupper og leger som blir leid inn fra vikarbyrå. Sistnevnte er under oppfølging og forventet å komme på plass i løpet av 2022. Det krever ekstra ressurser å få alle legeplanene inn i GAT og en viktig forutsetning for å komme i mål er at foretakene prioriterer tilstrekkelig merkantil kapasitet til formålet.</p>			

64	<i>Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	---	-------------------------------	--

<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Per i dag er andel helsefagarbeidere samlet i foretaksgruppen på 3,7 %, og er uendret siden 2021 per 1. tertial. Fordelt på foretakene er andelen 2,9% på UNN, 4,8 % på NLSH, 4,6 % på HSYK og 3,7 % på FIN.</p> <p>UNN som i tillegg til å være det største sykehusforetaket har lavest andel, rapporterer at de har mange pågående forbedringsprosjekter for å komme i mål med dette kravet.</p> <p>Øvrige sykehusforetak har hatt og har flere prosjekter ved ulike klinikker som har medført økt andel helsefagarbeidere. Ved Nordlandssykehuset gjelder dette spesielt ved Kirurgisk og Medisinsk klinikk. Ved Helgelandssykehuset er det blitt jobbet godt med oppgavedeling mellom både sykepleiere og helsefagarbeidere, og mellom leger og sykepleiere. Flere klinikker har innfridd kravet. Ved kirurgisk klinikk starter de et prosjekt i mai med oppgaveglidning fra sykepleier til helsefagarbeider ved kirurgisk sengepost i Sandnessjøen deretter øvrige avdelinger.</p> <p>Oppgaveglidning fra lege til sykepleier er gjort innenfor øye, ortopedi, urologi. Det igangsettes nå ytterligere oppgavedeling fra lege til sykepleier innenfor ortopedi innenfor frakturbehandling. Alle tre operasjonsavdelingene har ansatt helsefagarbeider som får tilpasset opplæring og de er en ressurs som bidrar med å forbedre logistikken i avdelingene. På kreftpoliklinikkene er det ansatt helsefagarbeidere og helsesekretærer som bidrar med bla. med administrative oppgaver og frigjør dermed kreftsykepleierressurser til pasientbehandlingen.</p> <p>Finnmarkssykehuset gjenoppretter prosjektgruppe fra sengeenhet Hammerfest, som skal bli videreført på andre enheter.</p> <p>Det er mange gode initiativ i sykehusforetakene og det er vurdert som sannsynlig at flere klinikker og enheter vil nå målet på dette området. Utfordringen er å nå målet for hele foretaksgruppen samlet.</p>			
---	--	--	--

67	<i>Delta inn i prosjektet «avansert oppgaveplanlegging» (AOP) med aktuelle enheter etter avklaring med prosjekteier. For disse skal det som et minimum innføres 9 måneders planleggingshorisont.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	--	-------------------------------	--

<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Prosjektet har endret navn fra «AOP» til «GODT planlagt» og konseptfasen er startet opp fra 16.5 – 31.10.22. Alle sykehusforetakene deltar og har meldt inn ressurser til både styrings- og prosjektgruppe. Det er forventet at aktuelle enheter vil bli avklart i løpet av konseptfase. Det er god forankring blant tillitsvalgte og KTV deltar med 2 ressurser i prosjektgruppen og 1 ressurs i</p>			
--	--	--	--

styringsgruppen. I løpet av konseptfasen vil integrasjon mellom GAT og Dips etableres for minst en enhet i hvert av foretakene, her er Finnmarkssykehuset pilot. Finnmarkssykehuset og NLSH jobber begge godt med forberedende aktiviteter i egen organisasjon og NLSH blir neste foretak integrasjonen etableres i.

Det er p.t. registrert utfordringer med å ha 9 måneders planleggingshorisont for piloten, som følge av vakanser og manglende vikarer. Utfordringene er søkt løst i løpet av året.

9.2 Anskaffelsesområdet

84	<i>Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Regional forvaltningsenhet for innkjøp og logistikk (REFIL) er etablert og det er etablert prosesser og rutiner for regional samordning av implementering og forvaltning av avtaler i Clockwork (CWL). To avtaleområder (24 avtaler) håndteres av REFIL, men grunnet for lite kapasitet i forhold til omfang greier man ikke å håndtere så mange avtaler som ønsket. Det enkelte Helseforetak har for disse avtalene levert i tråd med rutine for rydde i artikkelregister. I påvente av at man tar trinn to og tre i oppskaleringssplanen, vil forvaltningen av en god del av avtalene fremdeles måtte håndteres av hvert enkelt foretak. Konsekvensen av dette er at det vil ta lengre tid før vi er samordnet og kan koordinere prosesser på tvers i foretaksgruppen. Det igjen vil medføre at vi ikke greier å realisere det gevinstpotensialet som er på innkjøpsområdet i det tempoet som er forventet.</p>			

85	<i>I tråd regional vedtatt styringsmodell for anskaffelser sine forutsetninger samt fordeling av kategorier gjort i regionalt Innkjøpsforum, må vært enkelt foretak sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta foretaksgruppens interesser innenfor den enkelte kategori</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Regional styringsmodell må sees i sammenheng med nasjonal modell som skal implementeres i løpet av høsten 2022. Innkjøpsforum er enig i fordeling av ansvar, men operasjonalisering av denne vil kreve dedikert kapasitet tilsvarende ca et halvt årsverk pr kategori. En annen nøkkel er involvering og eierskap fra behovshavere som er en utfordring. Både den regionale og den nasjonale styringsmodellen fordrer god involvering og gode kommunikasjonslinjer ut til et samlet fagmiljø, og her har vi en betydelig vei og gå.</p>			

10.0 Teknologi

87	<i>Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Gjennom arbeidet med regional plan for informasjonssikkerhet, erfaringer fra uønskede hendelser, og dialog med helseforetakene er det etablert en helt ny forståelse for behovet for denne endringen. Det er utfordring mht omfang av applikasjonsporteføljen og antall enheter. HN IKT har prosjektorganisert videre arbeid med overtakelse av oppgaver og fremtidig forvaltning.</p>			

88	<i>Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet pågår. Gjennomgang av arbeidet med SLA-avtaler 30.5 tilsier at det er sannsynlig at målsatt dato kan nås. Arbeidet med detaljering av styringsmodellen pågår, og forventes klar for styrebehandling i HN RHF før 1.10.2022.</p>			
89	<i>Fortsette arbeidet med å overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT. Foretakene skal innen 1.12.2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet pågår, ref. kommentar til krav 87. Kartlegging av ressursbehov for fremtidig robust forvaltning pågår.</p>			
90	<i>Videreføre arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer oppfyller krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med HN RHF og sykehusforetakene.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet ivaretas gjennom prosjekt «Helhetlig informasjonssikkerhet, fase 2». Oppdragsbrevet er tildelt HN IKT etter konstituerende møte i programstyret.</p>			
91	<i>Fullføre oppgaven med å overføre ansvar og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester fra helseforetakene i tråd med styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur - ansvar, roller og oppgaver, samt styresak 135-2021 Styringssystem for informasjonssikkerhet - strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 32-2021.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helse Nord IKT etablerer prosjekt for å sikre framdrift og oppfølging av kravet. Prosjektgruppen etableres i løpet av mai måned. Alle kliniske helseforetak inviteres til deltakelse i prosjektets styringsgruppe for å sikre god involvering og forankring.</p>			
92	<i>Sikre at samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene er registrert i "Asset Management". Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iV.</i>	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet pågår, ref. kommentar til krav 87. Det er usikkert om arbeidet vil kunne ferdigstilles innen 1.9.2022. Årsakene til at fristen trolig ikke nås er stor grad av kompleksitet og at helseforetakene hittil ikke har satt av tilstrekkelige ressurser for å gjennomføre oppgaven.</p>			

Helse Nord RHF vil komme tilbake til estimert dato for ferdigstilling ved rapportering tertialoppfølging nr. 2.

93	<i>Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet pågår, ref. kommentar til krav 87 og 92. Det er usikkert om arbeidet vil kunne ferdigstilles innen 1.9.2022. Årsakene til at fristen trolig ikke nås er stor grad av kompleksitet og at helseforetakene hittil ikke har satt av tilstrekkelige ressurser for å gjennomføre oppgaven. Helse Nord RHF vil komme tilbake til estimert dato for ferdigstilling ved rapportering tertialoppfølging nr. 2.			

13.0 Oppfølging og rapportering

I [Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene](#) fremgår det at «Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nord's risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen.»

Helse Nord RHF ber helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrer.

Helse Nord RHF ber spesielt sykehusforetakene om å vedlegge oversikt over risikovurderinger tilknyttet hovedmålene angitt i Oppdragsdokumentet 2022.

Risikovurderinger og tiltak bes oversendt som vedlegg til tertialrapport.

Risikovurdering

I februar ble styret orientert om risikovurdering av styringsmål for 2022, samt prioriterte tiltak for å øke sannsynligheten for å oppnå overordnede mål i 2022 og fremover, jfr styresak 15-2022. Styret ba administrerende direktør følge opp tiltakene i tråd med saksfremlegg og diskusjonen i styret, og legge frem oppdatert risikovurdering som en del av tertialrapporteringen.

I saken var det gjort risikovurdering av syv målområder:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning og innovasjon
3. Forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Sørge for rask tilgang til helsetjenester
5. Sørge for sammenhengende pasientforløp
6. Styrke kompetanse
7. Økonomisk bærekraft

For å oppdatere og styrke grunnlaget for risikovurderingene, ba Helse Nord RHF helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrer. Tilbakemeldingen viser at Helgelandssykehuset HF som eneste foretak har gjennomført en egen risikovurdering av hovedmål. Helseforetaket vurderer i hovedsak risikonivået fra middels til høyt, hvor det er størst risiko for ikke å nå målsettingene om bærekraftig ressursbruk samt pakkeforløp på kreftbehandling (Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft innen maksimal anbefalt forløpstid).

Nordlandssykehuset HF tilbakemelder at ledelsen kommuniserer og konsulterer risiko, inkludert hovedmålene, til styret og eier gjennom fortløpende rapportering i månedlige virksomhetsrapporter, tertialrapportering og spesifikke saker når dette er påkrevd. Ved at risikostyring anses som en del av virksomhetsstyringen er foretaket av den oppfatning at det kan håndtere endringer i risikobildet raskere og mer dynamisk enn hvis risikostyring skal gjennomføres som en parallell prosess til ordinær styring. I tertialrapporten peker de særskilt på aktivitetsnedgang innenfor i psykisk helsevern og rus, både pga Covid-fravær, men også knyttet til utfordringer med behandler- og spesialistdekning. De fremhever spesielt risiko for rekruttering til psykisk helsevern i Vesterålen. Andre risikoområder som løftes er brekkasjer på MTU som følge av manglende evne til mer planmessige reinvesteringer, samt at det er manglende økonomisk handlingsrom til strategiske satsinger.

Universitetssykehuset i Nord-Norge tilbakemelder at de ikke har gjennomført risikovurderinger på strategiske målsetninger i oppdragsdokumentet for 2022 i 1.tertial. Finnmarkssykehuset HF har oversendt risikovurderinger av noen utvalgte målområder. Dette tolkes ikke til at disse og øvrige helseforetak ikke gjennomfører risikovurderinger, men at de i likhet med Nordlandssykehuset gjør vurderingene integrert i virksomhetsstyringen og løpende rapporteringer og beslutningsaker til styrene.

Helse Nord RHF ser fortsatt behovet for et mer planmessig arbeid og systematikk som kan skaffe til veie en bedre oversikt over regionens samlede risikoområder. Før sommeren vil vi i samarbeid med helseforetakene arbeide for å gjenoppta regionalt nettverk for risikostyring.

Det foreligger ikke grunnlag for å gjøre vesentlige justeringer i det risikobildet som ble presentert i februar. Styret er oppdatert på status gjennom blant annet virksomhetsrapportene. Fokuset i første tertial har i stor grad vært å få kontroll på den økonomiske risikoen, og det vises til egen styresak for omstillingsplan samt styresak om økonomisk langtidsplan (ØLP) i juni. Mye av oppmerksomheten i oppfølgingsmøter har vært rettet mot denne risikoen, men også andre områder som risikoen for ikke å nå aktivitetsmål og redusert ventetid. Tiltak for økt aktivitet og redusert ventetid og fristbrudd inngår i også omstillingsplanene til helseforetakene. Tamarapport om personellutvikling til styret i mai redegjorde for en stor vekst i årsverk og innleide siden 2008. Denne utviklingen er ikke bærekraftig på sikt. Det jobbes med å skaffe til veie en bedre oversikt over hvilke fagområder som har rekrutteringsutfordringer og risiko for manglende kompetanse, som kan supplere oversiktene over økning i årsverksforbruk.

I styresak om ØLP omtales finansiell risiko til investeringsplan. Det er økt usikkerhet i de økonomiske rammebetingelsene (vekstforutsetninger, ny nasjonal inntektsmodell, avbyråkratiseringsreform m. m.) og fremtidige forpliktelser (finansieringsansvar for nye medikamenter, herunder sjeldne sykdommer) samt forutsetninger knyttet til finansiering (realisering av resultatkrav og låneopptak). Det er små sentrale reserver i opplegget. Også i ØLP understrekes det betydelige omstillingsbehov fremover. Kostnader knyttet til strategiske prosjekt, styrket beredskap, forbedret informasjonssikkerhet og avskrivingskostnader ved nye bygg må løses gjennom omprioriteringer innenfor dagens driftsrammer. Det forventes positive effekter av helseforetakenes reviderte omstillingsplaner og av e-helsetiltak, IKT-tiltak og bedre innkjøp.

Møtedato:
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Siw Skår

Dato:
12.9.2022

RBU-sak 71-2022

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten - endringer i styring og oppfølging

Formål

Formålet med saken er å orientere Regionalt brukerutvalg om vedtatte endringer i styringssystemet for nasjonale tjenester og konsekvenser i form av omorganisering av tjenester, prinsipper for omorganisering og finansiering, samt arbeidet med nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre.

Beslutningsgrunnlag

Endringene har bakgrunn i nasjonale føringer fra vår eier Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og er utarbeidet gjennom interregionalt samarbeid mellom de regionale helseforetakene. Berørte tjenester/fagpersoner og brukere har vært involvert i prosessen.

Nasjonale tjenester

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten omfatter nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester. Disse er regulert i forskrift¹ og styringssystemet er nedfelt i egen veileder². Se vedlegg 1 for nærmere beskrivelse av nasjonale tjenester og styringssystemet for disse, og tabell 1 for oversikt over antall tjenester pr region.

Region	Kompetanse-tjenester	Behandlings-tjenester	Flerregionale behandlingstjenester	Kommentar
Helse Sør-Øst	30	33	7	Fem flerregionale tjenester med Helse Vest, to med Helse Midt-Norge
Helse Vest	10	11	5	Fem flerregionale tjenester med Helse Sør-Øst
Helse Midt-Norge	8	1	2	To flerregionale tjenester med Helse Sør-Øst
Helse Nord	5	1	0	
Totalt	53	46	7	

Tabell 1 Oversikt over nasjonale tjenester, fordelt på regioner

De nasjonale behandlingstjenestene skal tilby høyspesialisert diagnostisering og behandling til klart definerte pasientgrupper fra hele landet, og er lokalisert ved ett eller to sykehus. Alle nasjonale tjenester skal spre kompetanse innenfor definerte fagområder for å bidra til å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten.

¹ [Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus - Lovdata](#)

² [01-12-21-veileder-nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten.pdf \(regjeringen.no\)](#)

De regionale helseforetakene gis et øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester gjennom post 78 i Statsbudsjettet. Tidligere har etablering av nye nasjonale kompetansetjenester ført til en økning i denne posten. Fra og med 2020 tilføres det ikke nye midler ved etablering av nye kompetansetjenester og det har derfor oppstått et behov for å utrede finansiering av slike nasjonale funksjoner.

Etter gjennomgangen av de nasjonale tjenestene i 2017 og 2018 har HOD sett behov for å gjøre endringer i styringssystemet og styrke de regionale helseforetakenes rolle. De fire regionale helseforetakene samarbeider om oppfølgingen og endringene i systemet for nasjonale tjenester og i det følgende gjøres det rede for to hoveddeler av dette arbeidet.

Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester

Denne delen omhandler omorganisering av nasjonale kompetansetjenester. Se vedlegg 2 for oversikt over alle nasjonale kompetansetjenester fordelt per region.

HOD har besluttet å gjennomføre endringer i organisering og videreføring av dagens nasjonale kompetansetjenester. Et viktig mål med omleggingen er å skape mer dynamikk slik at nye tjenester kan prioriteres etablert når gamle tjenester avvikles. Nye tjenester blir etablert med varighet på enten fem eller ti år. Som følge av endringene blir en rekke nasjonale kompetansetjenester som har hatt varighet over ti år nå enten avviklet eller videreført i andre organisasjonsformer:

- Nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk
- Nasjonale sentre

Både nettverkene og sentrene skal fortsatt ha en nasjonal rolle. De blir ikke del av styringssystemet for nasjonale tjenester, men er lagt til de regionale helseforetakene for styring og oppfølging.

De regionale helseforetakene har på oppdrag fra HOD utarbeidet rammeverk for de nye nettverkene (vedlegg 3). Oppdraget ble senere utvidet til å omfatte prinsipper for organisering av tjenester og finansieringsmodell for nasjonale kompetansetjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre. Ved overgang fra kompetansetjeneste til nettverk vil økonomisk tilskudd reduseres. Det legges opp til en overgangsordning over to år for å bevare kompetanse og ivareta personell som berøres av endringene. I tillegg vil oppgaver som skal videreføres utover nettverksfunksjonen, som for eksempel drift av kvalitetsregistre, bli finansiert ut over tilskuddet til nettverkene.

De regionale helseforetakene har utarbeidet felles prinsipper for omorganisering av kompetansetjenester og felles finansieringsmodell for kompetansetjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre, jf. rapport *Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester* (vedlegg 4). De regionale helseforetakene ønsker å foreslå overfor HOD at det øremerkede tilskuddet blir lagt inn i rammen til regionene (vedlegg 4, kapittel 4.6).

Brukere og tillitsvalgte har blitt orientert og involvert i arbeidet med omorganisering av kompetansetjenestene i alle regioner, jf. *RBU-sak 68-2021 Nasjonale kompetansetjenester – prosess og endringer*, med følgende vedtak:

1. *Regionalt brukerutvalg tar informasjon om nasjonale kompetansetjenester – prosess og endringer, til orientering.*
2. *Regionalt brukerutvalg ber om at brukermedvirkningen i endringsprosessene hensyntar at tilbudene som skal gjennomgås gjelder pasientgrupper med ulike forutsetninger for samhandling og brukermedvirkning. Dette har betydning for hvilke organisasjoner som involveres i dette arbeidet.*

Selve omorganiseringen av den enkelte tjeneste håndteres av de respektive helseforetakene.

Servicemiljø for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre

HOD har i revidert oppdragsdokument for 2020 gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre som etableres. Nettverk og sentre reguleres som nevnt ikke gjennom forskrift og veileder, men underlegges de regionale helseforetakenes styring.

Arbeidet (vedlegg 5) har tatt utgangspunkt i dagens organisering. Det er lagt betydelig vekt på tjenestenes behov og hvordan de regionale helseforetakene best kan følge dem opp. Som følge av oppdragets utforming er det også gjort en sammenligning med organisering av servicemiljøet tilknyttet kvalitetsregisterfeltet og ulike løsninger er diskutert.

Det anbefales at det nasjonale servicemiljøet organiseres som et nettverk bestående av fire regionale serviceenheter med nasjonale og regionale oppgaver. Det nasjonale samarbeidet formaliseres blant annet gjennom å opprette en interregional arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen består av ledere ved de regionale serviceenhetene. Ledelse av interregional arbeidsgruppe og koordinering av arbeidet går på omgang mellom regionene. Leder for interregional arbeidsgruppe rapporterer minimum årlig til det interregionale fagdirektørmøtet.

I tillegg til å styrke regional og nasjonal oppfølging, foreslås det å overføre nye oppgaver til de regionale helseforetakene i forbindelse med de nasjonale tjenestene:

- beslutning om opprettelse, endring og avvikling av nasjonale tjenester
- felles vurdering av årsrapporter. Vurderingen som i dag gjøres i regi av Helsedirektoratet kan da avvikles.

Styrking av regionale miljøer, videreføring og formalisering av nasjonalt samarbeid om nasjonale tjenester samt nye oppgaver som foreslås overført til de regionale helseforetakene vil i sum bidra til bedre oppfølging og ivaretagelse av tjenester, nettverk og sentre. Samtidig blir fellesoppgavene ivaretatt på en bedre og mer systematisk måte.

Konklusjon

Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester, etablering av nasjonale nettverk og sentre samt utredning av et nasjonalt servicemiljø er resultat av langvarige prosesser, hvor både HOD og Helsedirektoratet har vært tungt inne i arbeidet. Mange av de eksisterende tjenestene har vært i funksjon i lang tid, og er svært heterogene i størrelse, oppgaver, finansiering og målgrupper.

Arbeidet med å utvikle kompetansetjenester og etablere nettverk og sentre er i gang i de respektive regionene, og vil fortsette i 2023.

Regionene har allerede i dag et tett samarbeid knyttet til oppfølging av nasjonale tjenester og de oppdragene som er gitt, ikke minst i forbindelse med omorganisering av kompetansetjenestene. Etablering av et nasjonalt servicemiljø vil styrke og formalisere samarbeidet slik at også de regionene som ikke selv drifter tjenestene bedre kan bidra i oppfølgingen av dem. Alle regioner er avhengig av de nasjonale tjenestene gjennom sitt *sørge-for-ansvar* og bør ha en aktiv rolle i oppfølgingen.

Etablering av et nasjonalt servicemiljø må avvente tilbakemelding fra HOD med hensyn til eventuell overføring av oppgaver fra Helsedirektoratet. Det er også behov for at de regionale helseforetakene avklarer og konkretiserer de regionale serviceenhetene i form av ressurser, funksjoner og organisering før det nasjonale servicemiljøet kan etableres.

Forslag til vedtak

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

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om endringer i styring og oppfølging av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten til orientering.

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og nasjonalt styringssystem
2. Oversikt over nasjonale kompetansetjenester
3. Rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk
4. Rapport: Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten
5. Rapport: Utredning av et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre

Om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og styringssystemet

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten er en fellesbetegnelse for nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale medisinske kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. De nasjonale tjenestene skal være likeverdig tilgjengelig i hele landet.

Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester tilbyr høyspesialisert diagnostisering og behandling. Behandlingen er sentralisert til ett eller to steder i landet; en nasjonal behandlingstjeneste etableres kun ved ett helseforetak, mens en flerregional behandlingstjeneste etableres ved et helseforetak i to ulike regioner. Sentralisering av pasientbehandling skal bidra til

- helsemessig tilleggsgevinst i form av bedre prognose eller livskvalitet for pasienten
- bedre kvalitet på pasientbehandling gjennom samling og nasjonal oppbygging av kompetanse
- mer likeverdig tilgang til behandlingstilbud av høy kvalitet
- bedre kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng

Nasjonale kompetansetjenester skal sikre nasjonal kompetansespredning og kompetanseoppbygging innenfor sitt spesifiserte fagområde til en definert målgruppe i helsetjenesten. Formålet er å sikre likeverdig tilgang til kompetanseoppbyggingen og at kompetansen tas i bruk i hele landet. Tjenester skal leveres trygt og kostnadseffektivt gjennom oppbygging og spredning av kompetanse i egen helseregion og til andre helseregioner. Kompetansen skal desentraliseres og spres i hele helsetjenesten, inkludert primærhelsetjenesten og andre tjenesteytere, brukerne og befolkningen. De nasjonale kompetansetjenestene er inndelt i to kategorier; enten funksjon *opplæring* med en virketid på 5 år eller funksjon *kompetanseoppbygging* med en virketid på 10 år. Nasjonale kompetansetjenester skal ikke drive pasientbehandling.

Nasjonalt styringssystem

Det ble i 2011 etablert et styringssystem for de nasjonale tjenestene som er regulert i Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010, kapittel 4. Forskriften¹ beskriver hvordan godkjenning og avvikling av de nasjonale tjenestene skal foregå, vilkår for godkjenning, og hvilke oppgaver tjenestene skal ivareta. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har utarbeidet en veileder som omhandler bestemmelsene i kap. 4 ([Nasjonale tjenester - regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)). I følge forskriften er det de regionale helseforetakene som skal søke departementet om godkjenning, endring eller avvikling av nasjonale tjenester. Fra 1. januar 2019 ble denne myndigheten delegert til Helsedirektoratet.

Styringssystemet for de nasjonale tjenestene skal sikre nasjonale prioriteringshensyn, god ressursutnyttelse og likeverdig tilgang til kompetanse og høyspesialisert behandling. Det er de regionale helseforetakene (RHF-ene) som har ansvaret for tjenestene og som skal søke om godkjenning, oppretting, endring eller avvikling av de nasjonale tjenestene. Brukerorganisasjoner, fagmiljøer og Helsedirektoratet m.fl. kan anmode regionale helseforetak om å søke opprettelse eller endring av nasjonale tjenester.

¹ [Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus - Lovdata](#)

Rollefordelingen i styringssystemet:

- Helse- og omsorgsdepartementet gir overordnede føringer for styringssystemet
- De regionale helseforetakene har ansvar for drift av de nasjonale tjenestene og skal sørge for at godkjente tjenester oppfyller krav og intensjoner i forskriften
- Helsedirektoratet har ansvar for å gjennomføre årlig evaluering av de nasjonale tjenestene, og gi råd om etablering, endring og nedlegging av slike tjenester
- Helsedirektoratet godkjenner opprettelse av nye tjenester og tar stilling til endring eller avvikling av etablerte tjenester

Historikk

Det kan vises til en rekke tidligere oppdrag og gjennomgang av de nasjonale tjenestene. Det ble gjort en helhetlig gjennomgang i 2009 som ligger til grunn for den gjeldende forskriften. Det ble også gjennomført helhetlig gjennomgang av nasjonale og flerregionale behandlingstjenester i 2017 og helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i 2018.

Helse- og omsorgsdepartementet har delegert myndighet til godkjenning, endring eller avvikling av nasjonale tjenester til Helsedirektoratet fra 1.1.2019.

Departementet besluttet i 2020 å gjennomføre endringer i styringssystemet som særlig treffer de nasjonale kompetansetjenestene, i form av en tydeliggjøring av krav om tidsbegrenset funksjon for de nasjonale kompetansetjenestene og en inndeling av tjenestene i to kategorier:

1. Nasjonale kompetansetjenester med funksjon opplæring med en virketid på 5 år
2. Nasjonale kompetansetjenester med funksjon kompetanseoppbygging med en virketid på 10 år.

De nasjonale kompetansetjenestene som har oppfylt sitt formål skal deretter avvikles som nasjonale kompetansetjenester. De fleste kompetansetjenestene vil videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk eller nasjonale sentre. De nasjonale nettverkene og sentrene som etableres vil gå ut av det nasjonale styringssystemet og underlegges regional styring.

I 2020 ble det også gitt i oppdrag å etablere et nasjonalt servicemiljø med regionale noder som skal omfatte nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester, nasjonale kompetansetjenester samt nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre.

Vedlegg 2 styresak - oversikt nasjonale kompetansetjenester

Nasjonale kompetansetjenester	Status pr mars 22
Helse Sør-Øst	
Nasjonal kompetansetjeneste for albuekirurgi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse	Nasjonalt senter HSØ
Nasjonal kompetansetjeneste for amming	Innlemmet i FHI
Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for barne- og ungdomsrevmatologi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for blodtypeserologi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME	til 2024/25
Nasjonal kompetansetjeneste for dekontaminering	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for familiær hyperkolesterolemi	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for gynekologisk onkologi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for kirurgi ved fot og ankeldeformiteter	Etablert 2019
Nasjonal kompetansetjeneste for komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn og ungdom	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for medfødte stoffskiftesykdommer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for nevropatisk smerte	til 2026
Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS)	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP)	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for sarkomer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførte infeksjoner	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for senefekter etter kreftbehandling	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser	Egen prosess
Nasjonal kompetansetjeneste for solide svulster hos barn	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring	til 2025
Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	til 2024
Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse	Etablert 2019
Helse Vest	
Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser (NKB)	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsykdommer	til 2025
Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for Multippel sklerose	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno)	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for tropiske infeksjonssykdommer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste i gastroenterologisk ultralyd	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste i vestibulære sykdommer	Omorgansieres
Helse Midt-Norge	
Nasjonal kompetansetjeneste for ultralyd- og bildeveiledet behandling	Nasjonalt senter
Nasjonal kompetansetjeneste for avansert laparoskopisk kirurgi	
Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonell MRI	
Nasjonal kompetansetjeneste for hodepine	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for kirurgisk behandling av rygg- og nakkesykdommer	til 2025
Nasjonal kompetansetjeneste for pasienter med sammensatte lidelser	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for trening som medisin	til 2026
Helse Nord	
Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde	Egen prosess
Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdommer	Omorgansieres
Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens	Omorgansieres
Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus (SANKS)	Egen prosess

RAMMEVERK FOR KVALITETS- OG KOMPETANSENETTVERK

UTGANGSPUNKT OG FORANKRING

I forbindelse med revisjon av nasjonale tjenester har Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 satt tidsrammen for nasjonale kompetansetjenester til å være fem eller 10 år. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som ifølge veilederen for nasjonale tjenester vedtar avvikling av nasjonale tjenester. Fra 1. januar 2019 er denne myndigheten delegert til Helsedirektoratet.

Etter avvikling som nasjonal tjeneste, kan kompetansetjenester videreføres som et kvalitets- og kompetansenettverk utenom regelverket for nasjonale tjenester. Kvalitets- og kompetansenettverk skal bidra til å videreføre fagmiljø som er bygget opp. Nettverkene skal forankres i de regionale helseforetakene (RHF-ene), som i fellesskap har ansvar for oppretting og avvikling av nettverkene.

NETTVERK

Et nettverk er i denne sammenheng definert som et faglig, interregionalt samarbeid der aktørene har et felles ansvar for kompetansespredning, og der ett fagmiljø koordinerer aktiviteten.

FORMÅL

Kvalitets- og kompetansenettverk skal bidra til likeverdige helsetjenester med god kvalitet, og med mål om å redusere variasjon i praksis.

ORGANISERING, OPPGAVER OG RAMMER

Nettverkene skal koordineres fra det helseforetaket som hadde ansvar for den nasjonale kompetansetjenesten.

Oppgaver

Hovedoppgavene for nettverket skal være:

- Kompetansespredning gjennom nettverket ved å bistå til at eksisterende og ny kunnskap fra forskning og kvalitetsregistre blir tatt i bruk i alle regioner
- Bistå eiere og nasjonale helsemyndigheter til å avklare faglige spørsmål

En representant fra fagmiljø i alle regioner skal delta i nettverket, og representantene har et felles ansvar for oppgavene som ligger til nettverket. Brukere skal være representert. Ut fra behov, kan aktører fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre relevante sektorer være med i nettverket.

Finansiering

Rammen for den koordinerende enheten er en million kroner som skal dekke ledelse og sekretariatsfunksjoner, samt driftsmidler til bl.a. drift av nettsider og nettverkssamlinger.

Dersom det er behov for en tettere forankring av nettverket, f.eks. gjennom etablering av mindre stillinger (10-20 %) i alle regioner, vil rammen pr. år være to millioner kroner.

Nettverket finansieres av de regionale helseforetakene. Ved oppstart av nettverket avgjøres rammen for finansieringen, jf. alternativene over. Ved etablering av stillinger i andre regioner, må innholdet i stillingene avklares. Personer med slike delstillinger skal fortsatt være ansatt i eget helseforetak.

Omfang av finansiering avgjøres av RHF-ene, i samråd med aktuelt helseforetak og fagmiljø.

Forskning, drift av registre og andre underbyggende aktiviteter, forutsettes finansiert av andre kilder.

Varighet

Kvalitets- og kompetansenettverk har en varighet på fem år med øremerket tilskudd. Etter fem år (i år seks etter etablering) gjør RHF-ene i fellesskap en vurdering av om tilskudd skal videreføres for en ny periode. Dette vil blant annet bli sett i sammenheng med ressursbehov for andre nettverk. Etter hvert som nye kompetansetjenester skal avvikles og videreføres som nettverk, vil det være behov for å frigjøre midler for å kunne finansiere disse.

Rapportering

Nettverkene skal levere en kortfattet, årlig rapport til RHF-ene med fokus på oppgavene som ligger til nettverket. De regionale helseforetakenes felles rapporteringssystem, eRapport, skal benyttes. Lenker til rapporteringsskjema vil bli sendt ut til den koordinerende enheten som har ansvar for å forankre årsrapporten i nettverket.

Lenker:

- <https://nettsteder.regjeringen.no/nasjonaletjenester/oppfolging-av-nasjonale-kompetansetjenester/>
- <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-tjenester/id614574/>

HELSE ●●● MIDT-NORGE

HELSE ●●● NORD

HELSE ●●● SØR-ØST

HELSE ●●● VEST

Omorganisering av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten

25. april 2022

1. Innhold

FORORD	3
1. MANDAT	4
2. INNLEDNING	5
3. SAMORDNING AV INTERREGIONALT FAGLIG SAMARBEID	5
3.1 AVVIKLING AV NASJONALE KOMPETANSETJENESTER	5
3.2 PRINSIPPER FOR VURDERING AV KOMPETANSETJENESTERS VED AVVIKLING	6
3.3 PROSESS FOR BESLUTNING AV NY ORGANISASJONSFORM FOR TJENESTER	6
4. FINANSIERING	7
4.1 DAGENS FINANSIERING AV NASJONALE KOMPETANSETJENESTER	7
4.2 EKSEMPLER PÅ FAGLIG SAMARBEID	8
4.3 FINANSIERING AV KOMPETANSETJENESTER OG UTVIKLING AV DISSE	9
4.4 FINANSIERINGSMODELLER	9
4.5 FORSLAG TIL FINANSIERINGSMODELL.....	9
4.6 VEDRØRENDE ØREMERKEDE MIDLER TIL NASJONALE KOMPETANSETJENESTER.....	11
5. STYRINGSSYSTEM FOR OPPFØLGING AV TJENESTENE	13

Forord

De regionale helseforetakene samarbeider om omorganisering av nasjonale kompetansetjenester som er besluttet avvirket.

I interregionalt fagdirektørmøte 15.10.21 sluttet fagdirektørene seg til forslag til mandat, organisering og tidsramme for arbeidet med avvikling av kompetansetjenester som ikke skal bli kvalitets- og kompetansenettverk. Helse Vest fikk i oppdrag å lede prosjektet og etablere en prosjektgruppe i tråd med mandatet. Styringsgruppen har bestått av fagdirektørene og to tillitsvalgte representanter.

Mandat for arbeidet, jf. kapittel 1, var i første omgang å utarbeide prinsipper som RHF-ene skal legge til grunn ved vurdering av videre drift av kompetansetjenester som er besluttet avvirket.

Styringsgruppen har i tillegg bedt om at forslag til finansieringsmodell som omfatter framtidige kompetansetjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og andre organisasjonsformer, legges fram i samme rapport. Finansieringsmodeller har vært drøftet med økonomidirektørene i RHF-ene.

Styringsgruppen har også bedt om at det legges fram forslag til innspill til HOD vedrørende innretning på de øremerkede midlene som RHF-ene nå får til nasjonale kompetansetjenester. Her er midlene til sjeldensentrene utelatt.

Prosjektgruppen har bestått av følgende medlemmer:

Gjertrud Jacobsen	Helse Vest - leder
Sølvi Lurfald	Helse Vest
Kirsti Tørbakken	Helse Sør-Øst
Torhild Torjussen Hovdal	Helse Sør-Øst
May Britt Kjelsaas	Helse Midt-Norge
Siv Mørkved	Helse Midt-Norge
Tove Klæboe Nilsen	Helse Nord
Siw Gøril Skår	Helse Nord

AD-møtet for de regionale helseforetakene sluttet seg til rapporten 25. april 2022.

1. Mandat

Bakgrunn

Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten er regulert i eget styringssystem som forvaltes av Helsedirektoratet. I prosessen med omorganisering av nasjonale kompetansetjenester har det oppstått et behov for å vurdere videreføring av noen nasjonale oppgaver som ikke lenger skal være regulert i det ordinære styringssystemet for nasjonale tjenester. RHF-ene har behov for å samordne disse oppgavene.

Foreløpig samordner RHF-ene prosessen for tjenester som skal bli kvalitets- og kompetansenettverk. I tillegg er det behov for å samordne arbeidet med omorganisering av 18 kompetansetjenester som ikke skal videreføres som kvalitets- og kompetansenettverk. Se vedlagte tabell 1 for oversikt over disse.

Det vises videre til sak 198/21 i interregionalt fagdirektørmøte (vedlegg til mandat).

Mål

Det skal utarbeides prinsipper for interregional samordning som skal legges til grunn ved vurdering av videre drift av kompetansetjenester. Disse prinsippene skal legges til grunn for fremtidig vurdering når kompetansetjenester avvikles.

Oppgaver

Kompetansetjenester som avvikles har i mange år hatt en nasjonal rolle. Det må vurderes om de fortsatt skal ha det, eller om de skal inngå i andre tjenester og avvikles som en nasjonal funksjon.

Følgende moment/problemstillinger skal beskrives og vurderes:

- Hvordan avgjøres videreføring eller avvikling av nasjonale oppgaver når en nasjonal kompetansetjeneste avvikles?
- Dersom nasjonal funksjon videreføres, beskriv et system for oppfølging av nasjonale funksjoner i regi av RHF-ene, herunder:
 - Mulige organisasjonsformer med tidshorisont
 - Finansiering
 - Evaluering

2. Innledning

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten er regulert i eget styringssystem som forvaltes av Helsedirektoratet. Nasjonale kompetansetjenester er kategorisert i to kategorier, funksjon opplæring med virketid på 5 år, og funksjon kompetansebygging med en virketid på 10 år. Dette kravet om tidsbegrensning medfører at kompetansetjenesten deretter skal avvikles. Kompetansetjenester som avvikles går ut av det nasjonale styringssystemet. Det er opp til RHF-ene å vurdere videre drift/avvikling for disse, og å finne hensiktsmessige organisasjonsformer.

For mange kompetansetjenester som avvikles er det aktuelt å bli videreført som kvalitets- og kompetansenettverk. I prosessen med omorganisering av nasjonale kompetansetjenester har helseregionene sett at det også kan være andre nasjonale oppgaver som ikke er regulert i det ordinære styringssystemet for nasjonale tjenester, som det er behov for å videreføre.

De regionale helseforetakene har utarbeidet et felles rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk. I tillegg er det behov for felles prinsipper for videreføring av nasjonale tjenester som ikke videreføres som kvalitets- og kompetansenettverk, gitt at de skal ha nasjonale oppgaver.

Rapporten beskriver hvordan de regionale helseforetakene i fellesskap skal:

- vurdere videre drift for nasjonale kompetansetjenester som avvikles
- følge opp tjenester som videreføres i annen form.

3. Samordning av interregionalt faglig samarbeid

Ved utvikling av faglige behov samordner RHF-ene oppfølging og organisering av tjenester og enheter som skal ha nasjonale oppgaver, men som ikke inngår i styringssystemet for nasjonale tjenester. Her inngår prioriteringer, oppgaver, organisasjonsform og finansiering. Det må være tilslutning i alle regioner for ny organisasjonsform, både mht. finansiering, nasjonale oppgaver og organisatorisk tilknytning.

3.1 Avvikling av nasjonale kompetansetjenester

Kompetansetjenester som avvikles har i mange år hatt en nasjonal rolle. Det må vurderes om de fortsatt skal ha det, eller om de skal inngå i andre tjenester og avvikles som en nasjonal funksjon. Nasjonale oppgaver må i så fall ivaretas gjennom en annen organisasjonsform.

Ved avvikling av en kompetansetjeneste er det derfor behov for å vurdere følgende:

1. videreføring som kvalitets- og kompetansenettverk (fortsatt nasjonal funksjon)
2. videreføring av en funksjon eller oppgave i annen organisasjonsform (fortsatt nasjonal funksjon)
3. nasjonal rolle eller funksjon avvikles

3.2 Prinsipper for vurdering av kompetansetjenesters ved avvikling

1. Den viktigste vurderingen ved avvikling av en nasjonal kompetansetjeneste er å kartlegge oppgaver som skal videreføres i vanlig drift. Disse må tydeliggjøres og skilles ut, som for eksempel undervisning og registerfunksjoner. Dersom det etter en slik vurdering gjenstår oppgaver som må ivaretas nasjonalt skal annen organisasjonsform vurderes.
2. Kompetansetjenester som blir innlemmet i behandlingstjeneste inngår i ordinært styringssystem for behandlingstjenester. Ved en innlemmelse må finansiering, oppgaver og omfang avklares slik at dette samsvarer med styrings- og finansieringssystem for nasjonale/flerregionale behandlingstjenester. Det må søkes om endring av innhold i behandlingstjenesten.
3. Videre kompetansebygging skal ikke være et avgjørende argument for videreføring av nasjonal funksjon. Dersom det likevel vurderes som ønskelig å videreføre kompetansetjenesten for å ivareta etablerte faglige nettverk, skal dette skje innenfor rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk (jf. vedlegg).
4. Andre grunner til å videreføre nasjonale funksjoner kan være:
 - kompetansetjenester som i stor grad er rettet mot, og er en viktig ressurs for primærhelsetjenesten (amming, søvnsykdommer)
 - kompetansetjenester som grenser mellom kompetansetjeneste og rådgivningstjeneste knyttet til behandling av enkeltpasienter (flåttbårne sykdommer, tropemedisin)
5. Dersom det ikke er aktuelt å videreføre kompetansetjenesten som kvalitets- og kompetansenettverk, og det ikke finnes andre funksjoner det er behov for å videreføre nasjonalt, avvikles den nasjonale funksjonen.

3.3 Prosess for beslutning av ny organisasjonsform for tjenester

Interregionalt fagdirektørmøte (IRF) blir enige om hvilke funksjoner og oppgaver som eventuelt skal videreføres i interregional regi ved avvikling av en

kompetansetjeneste. Avgjørelsen skal basere seg på en innstilling fra den regionen som har hatt ansvar for kompetansetjenesten. Innstillingen må inneholde en vurdering av et faglig behov basert på prinsippene i pkt. 3.2, en overordnet strategisk prioritering mellom faglige behov og finansiering.

Innstillingen legges fram i IRF som vurderer om de:

- støtter innstillingen
- avviser innstillingen
- ønsker faglig vurdering fra egen region før endelig innstilling. Dette kan gjøres gjennom regionalt fagdirektørmøte og med medvirkning fra brukerutvalg.

4. Finansiering

4.1 Dagens finansiering av nasjonale kompetansetjenester

RHF-ene får i dag et øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester. Tilskuddet har vært uforandret siden 2018, og det blir ikke økt når nye kompetansetjenester blir etablert. HOD har i 2020 vedtatt omlegging og avvikling av en rekke kompetansetjenester og ønsker større dynamikk i ordningen slik at nye fagområder kan prioriteres.

Tabell 1 Fordeling av øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester:

	Øremerket tilskudd 2022	Hvorav til sjeldne diagnoser	Til øvrige tjenester	Antall tjenester pr 2021	Andel øvrige
Helse Sør-Øst	354,2	232,7	121,5	29	56,0 %
Helse Vest	36,9		36,9	10	17,0 %
Helse Midt-Norge	41		41	8	18,9 %
Helse Nord	76,3	58,6	17,7	5	8,2 %
Totalt	508,4	291,3	217,1	52	

Kilde: Prop. 1 S, Helse- og omsorgsdepartementet 2021-2022, s. 189, tabell 4.6. Om nasjonale tjenester i prop. 1 S s. 188-189.

Når kompetansetjenester avvikles kan det øremerkede tilskuddet pr nå dekke tilskudd til kvalitets- og kompetansenettverk samt andre funksjoner. Tilskuddet blir foreløpig liggende i post 78. Dette gir RHF-ene mulighet for en fleksibilitet i forbindelse med omorganiseringen av kompetansetjenestene med for eksempel

gradvis nedtrapping av tilskudd over to år. Det er imidlertid ikke avklart hva som vil skje med tilskuddet i framtiden, men det vil uansett bli tildelt RHF-ene. HOD er åpen for innspill fra RHF-ene til hvordan tilskuddet i framtiden skal fordeles mellom regionene.

4.2 Eksempler på faglig samarbeid

Faglig samordning mellom regionene organiseres på ulike måter og ivaretas til dels av HOD/H-dir og dels i regi av RHF-ene selv. Historisk ser vi en utvikling mot at RHF-ene i større og større grad får ansvar for å avklare faglig samordning og økonomiske konsekvenser av dette selv.

Et eksempel på dette er etablering og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Disse har nasjonale oppgaver, men finansieres av den enkelte region uten at det er etablert en felles modell for finansieringen jf. sak 139-2021 i AD-møtet 13.12.21. Pr i dag fordeles registrene som følger:

	Antall registre (pr juni 2021)
Helse Sør-Øst	19
Helse Vest	18
Helse Midt-Norge	6
Helse Nord	8
Totalt	51

Et annet eksempel på faglig samarbeid er innføringen av ParkinsonNet der rammene for samarbeidet ble lagt i interregional fagdirektørmøte. Tilsvarende gjelder for interregionalt nettverk for simulering i spesialisthelsetjenesten som finansier i fellesskap, men der en region har valgt å gå inn med ekstra midler.

4.3 Finansiering av kompetansetjenester og utvikling av disse

RHF-ene drifter i dag nasjonale kompetansetjenester med øremerket tilskudd. Rammeverket for kvalitets- og kompetansenettverkene som er vedtatt, gir oss et godt grunnlag for å sikre en samordnet og lik utvikling i regionene. Finansieringen av nettverkene og andre faglige funksjoner som må løses i fellesskap, vil ha stor betydning for videreutvikling av tjenestene. Dette gjelder:

- Kvalitets- og kompetansenettverk som er en videreføring av nasjonale kompetansetjenester som avvikles.
- Andre funksjoner som det er behov for å videreføre i regi av RHF-ene etter avvikling av nasjonale kompetansetjenester, f.eks. nasjonale senter
- Nye nasjonale kompetansetjenester som etableres

4.4 Finansieringsmodeller

Uavhengig av hva som skjer med det øremerkede tilskuddet, må RHF-ene finansiere tjenestene, og det må vurderes hvilken finansieringsmodell som vil være hensiktsmessig. Det må tilstrebes å få til en løsning som er lett å håndtere, og som ikke vil kreve mye administrasjon og oppfølging.

Følgende alternativer kan være aktuelle:

- Samfinansiering av tjenester:
 - a) fordeling i tråd med inntektsfordelingsmodell
 - b) fordeling på fire – ulike alternativer
- Alternative modeller for fordeling
 - c) regional finansiering av drift av tjenester i egen region, men med like rammer for tilskudd avhengig av modell for kompetansetjenesten (jf. vedtatt rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk)
 - d) hver region bestemmer selv tilskudd jf. modell for nasjonale kvalitetsregistre

4.5 Forslag til finansieringsmodell

De ulike modellene ivaretar ulike forhold, men gitt at løsningen ikke skal være for ressurskrevende å håndtere, bør en løsning med minst mulig krav til administrasjon velges. Samtidig skal modellen ivareta behovet for å stimulere til interregional faglig samordning og kvalitetsutvikling. Dette gjelder nettverk og oppgaver i regi av regionene. Nasjonale kompetansetjenester, som er regulert i eget styringssystem forvaltet av Helsedirektoratet, bør omfattes av samme modell ettersom RHF-ene også må finansiere disse.

En løsning der regionene sørger for finansiering av tjenester i egen region, er enkel å administrere.

Like rammer for tilskudd til de ulike typer tjenester, vil ivareta en samordnet utvikling på tvers av regionene. En felles finansieringsmodell vil på denne måten forsterke styringssystemet skissert i rapporten.

Finansieringsmodell:

- regionene finansierer tjenester i egen region
 - det settes av like rammer for tilskudd avhengig av type tjeneste (nasjonal kompetansetjeneste eller kvalitets- og kompetansenettverk)
 - tilskudd til tjenester som får annen organisasjonsform må vurderes i hvert tilfelle

Modellen omfatter følgende tjenester:

Nye nasjonale kompetansetjenester

Nye kompetansetjenester er underlagt et nasjonalt styringssystem, men finansieres av RHF-enes ramme. Tidligere bevilget HOD 2,5 millioner kroner pr år ved etablering av nye nasjonale kompetansetjenester. Tjenestene har i dag svært ulik størrelse på tilskuddene, men tjenestenes karakter er også ulike. Basert på tilskuddene som ytes til tjenestene totalt sett er det beregnet at de får et gjennomsnittlig tilskudd på ca. 4 millioner kroner, og en rekke tjenester har et tilskudd i denne størrelsesorden. Framtidige tjenester vil bli etablert i tråd med HOD's nye modeller for kompetansetjenester med en varighet på 5 eller 10 år. Dette innebærer at framtidige kompetansetjenester vil få klarere mandat, og ikke så ulik karakter som har vært tilfelle nå. Det er derfor naturlig med lik størrelsesorden på tilskuddet til disse tjenestene. Basert på at mange tjenester som har samme type funksjoner i dag har hatt et årlig tilskudd i størrelsesorden 3 – 4 millioner, kan man se for seg et tilskudd på inntil 4 millioner kroner i årlig tilskudd til kompetansetjenestene.

Kvalitets- og kompetansenettverk – overgangsordning og finansiering av eventuelle andre oppgaver utover rammen for nettverk

Nasjonale kompetansetjenester som skal bli kvalitets- og kompetansenettverk har allerede fått felles ressursramme, og skal underlegges regional styring. Rammeverket som er godkjent i AD-møtet 30.08.21 legger en ramme på inntil 2 millioner i årlig tilskudd til nettverkene. Dette er gjort kjent blant tjenestene som har startet arbeidet med omlegging i tråd med dette.

Når kompetansetjenester utvikles i tråd med nytt regelverk etter 10 eller 5 år må det gjøres grundig vurdering av innholdet i tjenesten jf. punkt 3.2 over. I den

sammenheng må behov for en overgangsordning for finansiering vurderes i inntil 2 år. Oppgaver som skal videreføres i annen form skal også sikres finansiering regionalt. Det vil være opp til det enkelte RHF å vurdere dette og sikre finansieringen. Dette vil blant annet omfatte nasjonale kvalitetsregistre som har vært driftet sammen med en kompetansetjeneste og som skal videreføres med egen finansiering i tråd med egne regler for finansiering av nasjonale kvalitetsregistre.

Andre organisasjonsformer

Kompetansetjenester som avvikles har i mange år hatt en nasjonal rolle. Det må vurderes om de fortsatt skal ha det, eller om de skal inngå i andre tjenester og avvikles som en nasjonal funksjon. Nasjonale oppgaver må i så fall ivaretas gjennom en annen organisasjonsform. Dette kan gjelde for eksempel:

- kompetansetjenester som i stor grad er rettet mot, og er en viktig ressurs for primærhelsetjenesten (amming¹, søvnsykdommer)
- kompetansetjenester som grenser mellom kompetansetjeneste og rådgivningstjeneste knyttet til behandling av enkeltpasienter (flåttbårne sykdommer, tropemedisin)

Tilskuddet til kompetansetjenester som omorganiseres til en annen funksjon må vurderes spesielt i hvert enkelt tilfelle. 18 tjenester vurderes nå for annen organisasjonsform (se vedlegg 1). I en framtidig modell vil de fleste kompetansetjenester som avvikles mest sannsynlig videreføres som kvalitets- og kompetansenettverk.

4.6 Vedrørende øremerkede midler til nasjonale kompetansetjenester

Øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester justeres ikke lengre ved etablering av nye tjenester. Tilskuddet er gitt som en ramme til de respektive regionene. Regionene bestemmer selv hvor stort tilskudd den enkelte tjeneste skal få. Etter omorganisering og endringer i styringssystemet som HOD har gjort, er det nå usikkerhet knyttet til innretningen på det øremerkede tilskuddet. Alternativet er at det legges i rammen til RHF-ene og fordeles i tråd med Magnussen-modellen. Tilskuddet vil uansett tilfalle regionene i en eller annen form.

Overgangsordningen som nå gjelder innebærer at også nye kvalitets- og kompetansenettverk kan finansieres gjennom det øremerkede tilskuddet. I tillegg kan det benyttes ved eventuelle behov for nedtrappingsordninger.

HOD har bedt om innspill fra regionene på innretning av tilskuddet. I dag er fordeling mellom regionene synliggjort i statsbudsjettet jf. tabell 1 på side 7.

¹ Nasjonale kompetansetjeneste for amming ble avviklet som kompetansetjeneste og videreført i FHI i 2022.

Kompetansetjenester for sjeldne diagnoser holdes utenfor omorganiseringsprosessen som nå foregår for de andre kompetansetjenestene. Tilskuddet til sjeldentjenestene skal derfor holdes utenfor vår vurdering.

Fordeling av tilskuddet slik det foreligger nå, er nært opp til fordelingen i Magnussen-modellen jf. tabell 1.

Dersom tilskuddet legges over i rammen til RHF-ene vil det gi regionene mer fleksibilitet ved avvikling og etablering av nye tjenester. Man vil unngå at midler må flyttes mellom regionene dersom tjenester avvikles i en region og andre etableres i annen region. I og med at tilskuddet er fast og ikke økes ved etablering av nye tjenester, må RHF-ene uansett selv prioritere midler til nye tjenester.

Øremerking av midler er en sterk form for prioritering som kan være nødvendig. Dette kan være nyttig for både HOD og RHF-ene for å sikre at det blir satt av midler til tjenestene, men det er også mulig å sørge for prioritering gjennom andre styringsredskaper enn øremerking. Nasjonale tjenester vil fremdeles være prioritert gjennom en egen forskrift. RHF-ene vurderer i fellesskap behov for nye tjenester og prioriterer disse før søknad sendes til Helsedirektoratet. RHF-enes forsterkede samarbeid om rammer og retningslinjer for administrering av nasjonale tjenester, og arbeidet med etablering av et servicemiljø for disse tjenestene, vil også bidra til en samordnet prioritering av utvikling av nye tjenester.

Noen tjenester har hatt øremerket tilskudd i over 20 år, og det har vært vanskelig å skape den dynamikken man ønsker seg for å kunne etablere nye tjenester. Nye tjenester er etablert, men gamle tjenester er ikke avviklet. Styringsmodellen er nå revidert og legger i større grad til rette for mer dynamikk ved at nye tjenester blir etablert med en tidsavgrensning. Dette gir en større økonomisk mulighet til å etablere nye tjenester, gjerne gjennom en strategisk tilnærming for å prioritere fagområder ut i fra et helhetlig perspektiv, og ikke bare basert på søknader fra sterke fagmiljøer i den enkelte region. En kombinasjon av disse tilnærmingene kan være nyttig, og i den sammenheng synes det lite hensiktsmessig med øremerkede midler som fordeles til enkelttjenester når så mye av ansvaret for utvikling av tjenestene er lagt til RHF-ene.

Basert på dette vil prosjektgruppen tilrå at RHF-ene gir signal til HOD om at det er ønskelig at midlene som i dag er øremerket nasjonale kompetansetjenester blir overført til rammen og fordelt i tråd med Magnussen-modellen.

5. Styringsystem for oppfølging av tjenestene

- Regionen som har ansvar for tjenesten utarbeider mandat for tjenesten i samarbeid med aktuelt HF (bør legges fram med innstilling til etablering).
- Mandatet legges fram i interregional fagdirektørmøte (mal må utarbeides)
- Det kan etableres et nettverk med deltakelse fra alle regioner for å sikre forankring
- Tjenesten skal avgi kortfattet rapport årlig gjennom eRapport (mal må lages)
- Årsrapport med plan for kommende år legges fram for interregionalt fagdirektørmøte (ev oppsummering av flere rapporter)
- Det skal jevnlig gjennomføres en faglig evaluering av tjenesten basert på begrunnelsen for å oppretting. Evaluering skal sikre en forankring i alle regioner før tilråding blir lagt fram i interregionalt fagdirektørmøte

RHF-ene samordner oppfølging av disse tjenestene med oppfølging av andre nasjonale tjenester. Alle regioner bør utpeke ansvarlig i hver region.

HELSE ●●● MIDT-NORGE

HELSE ●●● NORD

HELSE ●●● SØR-ØST

HELSE ●●● VEST

Utredning av et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre

13. mai 2022

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
1. INNLEDNING	5
1.1 OPPDRAG (OPPDRAGSDOKUMENT 2020 OG 2021)	5
1.2 ORGANISERING AV ARBEIDET	5
1.3. AVKLARINGER FRA HELSE OG OMSORGSDEPARTEMENTET	6
1.4. KOMMENTAR TIL SJELDENFELTET	6
1.5. GRENSEFLATER I ARBEIDET	7
2. ANBEFALT MODELL OG BESKRIVELSE AV NASJONALT SERVICEMILJØ FOR NASJONALE TJENESTER, NETTVERK OG SENTRE	8
2.1. FORSLAG TIL ORGANISERING AV NASJONALT SERVICEMILJØ	8
2.2. INNHOLDET I DET NASJONALE SERVICEMILJØET	9
2.2.1. Styrking av regional oppfølging og bedre nasjonal samordning av nasjonale tjenester, nettverk og sentre	9
2.2.2. Nye oppgaver for RHF-ene og delegasjon	10
2.3. ORGANISASJONSMODELL.....	11
2.4. BESKRIVELSE AV FRAMTIDIG RAPPORTERING OG VURDERING	12
2.5. ØKONOMISKE RAMMER FOR NY ORGANISERING	12
2.6. VURDERING AV SAMORDNING MED KVALITETSREGISTRE	13
2.7. DISSENS I PROSJEKTGRUPPEN	14
3. GRUNNLAG FOR ANBEFALING OG BESKRIVELSE AV MODELL FOR NASJONALT SERVICEMILJØ	15
3.1. OM NASJONALE TJENESTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN	15
3.2. OM NASJONALE MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE	16
3.3. KARTLEGGING AV BEHOV	16
3.3.1. Gjennomgang av tilbakemeldinger fra 2019	16
3.3.2. Ny kartlegging desember 2021	17
3.3.3. Møter med oppnevnt referansegruppe.....	17
3.3.4. Oppsummering av tjenestenes referansegrupperapporter	18
OVERSIKT OVER VEDLEGG MED UTDYPENDE INFORMASJON	18

Forord

Helsetjenesten skal bidra til god folkehelse gjennom forebygging av sykdom og skade og ved å gi befolkningen hjelp til diagnostikk, behandling, rehabilitering og omsorg når sykdom og skade oppstår. Helsehjelpen skal ha god kvalitet og tjenestetilbudet skal være likeverdig tilgjengelig for alle.

De nasjonale tjenestene skal tilby høyspesialisert diagnostisering og behandling og sikre nasjonal kompetansespredning innenfor definerte fagområder for å bidra til å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende er formålet med de medisinske kvalitetsregistrene å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandlingen og redusere uberettiget variasjon i behandlingskvalitet.

De regionale helseforetakene har ansvar for at de nasjonale tjenestene driftes i tråd med regelverket og samarbeider om drift og oppfølging av de nasjonale tjenestene. De regionale helseforetakene har også ansvar for kvalitetsregisterfeltet og har etablert Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø med regionale enheter for nasjonale tjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre etter modell fra kvalitetsregisterfeltet.

I denne rapporten beskrives anbefalt fremtidig organisering av et servicemiljø for nasjonale tjenester og hvordan både nasjonale tjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre kan ivaretas i en slik modell.

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i 2020 et oppdrag til de regionale helseforetakene (RHF-ene) om å utrede et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitetsnettverk. Oppdraget ble videreført i 2021 og ble organisert som et interregionalt prosjekt. Arbeidet i prosjektgruppen ble i hovedsak gjennomført fra høsten 2021 til våren 2022.

Arbeidet har tatt utgangspunkt i hvordan de nasjonale tjenestene er organisert i dag. Det er lagt betydelig vekt på tjenestenes behov og hvordan RHF-ene best kan følge dem opp. Som følge av oppdragets utforming er det også gjort en sammenligning med organisering rundt de nasjonale medisinske kvalitetsregistre og ulike løsninger er diskutert.

De nasjonale tjenestene er kliniske enheter med betydelig behov for oppfølging i regionene. I tillegg til tjenestene gjelder dette også fremtidige nettverk og sentre, samt referansegrupper. For å dekke behovene bedre er det avgjørende at den regionale oppfølgingen styrkes. Samtidig er det behov for å formalisere det nasjonale samarbeidet om felles oppgaver.

Det foreslås at det nasjonale servicemiljøet organiseres som en nettverksmodell bestående av fire regionale enheter med nasjonale og regionale oppgaver. De regionale miljøene som i dag arbeider med nasjonale tjenester må styrkes, og det nasjonale samarbeidet må formaliseres. Det nasjonale servicemiljøet driftes av en interregional arbeidsgruppe som består av ledere ved de regionale serviceenhetene. Ledelse av interregional arbeidsgruppe og koordinering av arbeidet går på omgang mellom regionene. Leder for interregional arbeidsgruppe rapporterer til det interregionale fagdirektørmøtet.

I tillegg til å styrke regional og nasjonal oppfølging, foreslås det å overføre nye oppgaver til RHF-ene i forbindelse med de nasjonale tjenestene. Den ene oppgaven som foreslås overført til RHF-ene er myndighet til beslutning om opprettelse, endring og avvikling av nasjonale tjenester. Den andre oppgaven er felles vurdering av årsrapporter. I dag gjøres det en egen vurdering i regi av Helsedirektoratet som da kan avvikles.

Styrking av regionale miljøer, videreføring og formalisering av nasjonalt samarbeid om nasjonale tjenester og de nye oppgavene som foreslås overført til RHF-ene vil i sum bidra til bedre oppfølging og ivaretagelse av tjenester, nettverk og sentre. Samtidig blir fellesoppgavene ivare tatt på en bedre og mer systematisk måte.

Den anbefalte modellen for det nasjonale servicemiljøet beskrevet i kapittel 2, og grunnlaget for modellen er beskrevet i kapittel 3.

1. Innledning

Oppdraget som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i 2020 var resultatet av en forutgående prosess, blant annet helhetlig gjennomgang av nasjonale tjenester i 2017/2018 og dialog med påfølgende innspill om tjenestenes behov i 2019. I dette kapitlet beskrives oppdraget fra 2020 og hvordan det ble videreført i 2021. Her beskrives organisering av arbeidet, sammenheng med tilgrensende oppgaver og avklaringer fra HOD.

1.1 Oppdrag (Oppdragsdokument 2020 og 2021)

I revidert oppdragsdokumentet 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene (RHF-ene) av 10.6.2020 ble følgende oppdrag gitt:

«De regionale helseforetakene skal i samarbeid utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø med regionale noder for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk etter modell fra kvalitetsregistre, med mål om etablering i løpet av 2021. Servicemiljøet bør på egnet måte være samordnet med nasjonale og regionale støttefunksjoner for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.»

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/juster-toppdragsdokument-2020---10-juni-2020.pdf>

I AD-møtet¹ 22. juni 2020 ble det bestemt at oppdraget skal ledes av Helse Midt-Norge RHF.

Oppdraget ble videreført i 2021 med følgende formulering:

«Helse XX RHF skal følge opp endringene i system for nasjonale tjenester, jf. omtale (s.141) i Prop. 1 S (2020-2021), herunder legge rammene for nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og etablere nasjonalt servicemiljø med regionale noder.»

Det nasjonale servicemiljøet som skal utredes og etableres omfatter nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester, nasjonale kompetansetjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk. Departementet har i ettertid presisert at servicemiljøet også skal omfatte tjenester som videreføres som nasjonale sentre.

1.2 Organisering av arbeidet

Oppdraget er organisert som et interregionalt oppdrag i RHF-ene. Møtet mellom de administrerende direktørene i RHF-ene (AD-møtet) er overordnet beslutningstaker. Etter godkjenning i AD-møtet skal saken styrebehandles i RHF-ene. Styringsgruppen består av det interregionale fagdirektørmøtet sammen med oppnevnte konserntillitsvalgte og representanter fra regionale brukerutvalg (RBU).

¹ AD-møtet: Regelmessige møter mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene

Det er etablert en referansegruppe bestående av representanter fra nasjonale tjenester i alle regioner og med brukerrepresentantene som observatører. Prosjektgruppen har bestått av deltakere fra hvert av RHF-ene, fra HF (helseforetak), fra Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i SKDE og fra en nasjonal tjeneste.

På grunn av den pågående covid-19-pandemien ble oppstart av prosjektet utsatt. Mandat for prosjektet ble godkjent av det interregionale fagdirektørmøtet og AD-møtet våren 2021. Prosjektarbeidet startet med første møte 1.11.2021. Det er avholdt totalt 10 møter i prosjektgruppen fra starten og til mai 2022. De fleste møter har vært digitale. Det har i tillegg vært utstrakt dialog og utveksling av informasjon og innspill pr e-post. Det er avholdt seks møter i styringsgruppen og to møter med referansegruppen. En oversikt over deltakere i arbeidet gis i vedlegg 1. Prosjektgruppens arbeid beskrives i kapittel 2, 3 og i vedlegg.

1.3. Avklaringer fra Helse og omsorgsdepartementet

Følgende avklaringer er gjort med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

- Sjeldenfeltet og sjeldenstrategien følges opp i en egen prosess. Den nasjonale kompetansetjenesten for sjeldne diagnoser omtales likevel kortfattet nedenfor og i vedlegg.
- Tjenester som ikke skal videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk, men som videreføres som nasjonale sentre skal inngå i servicemiljøets ansvarsområder, under RHF-enes styring.

HOD har presisert at oppdraget er gitt på bakgrunn av tilbakemeldinger fra tjenestene i innspillrunden fra 2019, Helsedirektoratets erfaringer, og oppdatert veileder hvor etablering og drift av et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester og nettverk er omtalt. HOD ønsket i utgangspunktet leveranse av rapport innen 15.03.2022. Fristen ble senere utvidet til 1.06.2022.

Begrunnelse for utsettelse var at det ble krevende å utarbeide en god og gjennomarbeidet rapport, med forankring i alle regioner, innen fristen. Det har også vært avhengigheter mellom dette arbeidet og andre oppdrag som er utført av en delvis overlappende prosjektgruppe og styringsgruppe og framdriften ble påvirket av dette.

1.4. Kommentar til sjeldenfeltet

Sjeldenfeltet følges opp i en egen prosess og gjennom en egen strategi, men det er likevel behov for å se feltet i sammenheng med de andre nasjonale tjenestene. Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD) og nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKDB) er to kompetansetjenester for sjeldne tilstander.

NKSD er viktig for flere av de nasjonale tjenestene da også mange av de andre nasjonale tjenestene har ansvar for diagnostikk og behandling av sjeldne tilstander. I den nasjonale strategien for sjeldne diagnoser vises det i kapittel 4 og 5 til likeverdig tilbud, som det også vises til i veilederen for nasjonale tjenester som ligger på regjeringen.no.

Videre er det i Norge satt et krav fra myndighetene om at en søknad til European Reference Networks (ERN) må ha utgangspunkt i en nasjonal behandlingstjeneste, eller en nasjonal kompetansetjeneste knyttet til et behandlingsmiljø i et helseforetak, jf. Veilederen for [Nasjonale tjenester - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no), samt at det i nasjonal strategi for sjeldne diagnoser² i kapittel 5 vises det til viktigheten av internasjonalt samarbeid knyttet opp mot ERN.

Det nasjonale servicemiljøet vil derfor bistå også NKSD og NKDB som nasjonale tjenester på lik linje med de andre nasjonale tjenestene.

1.5. Grenseflater i arbeidet

Utredningsoppdraget har grenseflater mot annet arbeid med endringer i systemet for nasjonale tjenester som har foregått i samme tidsperiode og som også er utført i regi av RHF-ene. HOD har i møter og i et oppsummerende notat i 2021 gitt uttrykk for at noen av endringene som er besluttet iverksatt skal følges opp i statsbudsjettet for 2022, noe som har gitt dette arbeidet prioritet.

Det tilgrensende arbeidet omhandler:

- utarbeidelse av rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk (gjelder videreføring av flertallet av de nasjonale kompetansetjenestene). Vedtatt i AD-møtet 30.8 2021. Rammeverket finnes i vedlegg 2.
- samordning av prinsipper for omorganisering av nasjonale tjenester (for tjenester som ikke skal videreføres som nettverk). Behandlet i AD-møtet 21.3.2022 og 25.4.2022.
- finansiering av nasjonale funksjoner (nasjonale tjenester, nettverk og sentre), herunder forslag om at øremerket tilskudd på sikt foreslås endret til rammefinansiering. Behandlet i AD-møtet 21.3.2022 og 25.4.2022.

² [Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

2. Anbefalt modell og beskrivelse av nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre

I dette kapittelet beskrives forslag til fremtidig organisering av et servicemiljø for nasjonale og flerregionale behandlingstjenester, nasjonale kompetansetjenester, nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk samt nasjonale sentre.

HOD har vist til organiseringen av nasjonale medisinske kvalitetsregistre som aktuell modell. Modellen for kvalitetsregistrene er vurdert, men det anbefales en annen modell for de nasjonale tjenestene. De nasjonale tjenestene og de nasjonale kvalitetsregistrene er ulike konstruksjoner og har ulike behov for oppfølging. De nasjonale tjenestene er kliniske enheter hvor oppfølging er et felles ansvar for RHF-ene som skal skje i styringslinjen. Grunnlaget for et nasjonalt samarbeid er at alle regioner bidrar til oppfølgingen av alle nasjonale tjenester. I tillegg er det vurdert hvilket innhold de regionale serviceenhetene bør ha, hvilke oppgaver som bør løses i fellesskap mellom regionene og hvordan det nasjonale samarbeidet kan organiseres.

Det er behov for å styrke den enkelte regions oppfølging av de nasjonale tjenestene, og det interregionale samarbeidet om tjenestene må forsterkes og formaliseres. Tjenestene bør følges tettere opp fra RHF og HF, blant annet i forbindelse med oppfølging av utfordringer som kommer fram i årsrapportene. Årsrapportene inngår i RHF-enes årlige meldinger til HOD, samtidig som de i dag sendes direkte til Helsedirektoratet for en ekstra vurdering. Tjenestene ønsker mer dialog med RHF og HF både om årlige vurderinger og andre relevante problemstillinger.

Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester er en del av spesialisthelsetjenestetilbudet og driftes gjennom vanlig styringslinje. Disse kliniske tjenestene finnes bare ett eller to steder i landet. Samtidig har alle regioner ansvar for å sørge for tjenestene og det må legges til rette for at alle kan følge opp tjenestene på en hensiktsmessig måte. Tilsvarende har kompetansetjenestene ansvar for å spre kompetanse til alle regioner. Dette understreker behovet for at RHF og HF må bruke mer ressurser på oppfølging av tjenestene i egen styringslinje.

Det er viktig at det nasjonale servicemiljøet fører til bedre oppfølging av tjenestene. Hver region må avsette tilstrekkelige ressurser til å håndtere aktuelle problemstillinger på en strukturert måte. Føringer for drift av tjenestene finnes allerede, både gjennom det nasjonale styringssystemet og gjennom rutiner som er utarbeidet av RHF-ene i fellesskap. For eksempel er et rapporteringssystem og rutiner for rapportering på plass.

2.1. Forslag til organisering av nasjonalt servicemiljø

Det anbefales at det nasjonale servicemiljøet organiseres som en nettverksmodell bestående av fire regionale serviceenheter med både nasjonale og regionale oppgaver. De regionale miljøene som arbeider med nasjonale tjenester i dag må styrkes, og det nasjonale samarbeidet må formaliseres og samordnes.

Det nasjonale servicemiljøet driftes av en interregional arbeidsgruppe som består av ledere av de regionale serviceenhetene. Det foreslås at ledelse av interregional arbeidsgruppe og koordinering av arbeidet går på omgang mellom regionene. Den regionen som leder arbeidsgruppen rapporterer til det interregionale fagdirektørmøtet. Hver region må avsette tilstrekkelige ressurser til å håndtere oppgavene.

Det foreslås i tillegg å overføre nye oppgaver til RHF-ene. Den ene oppgaven er myndighet til beslutning om opprettelse, endring og avvikling av nasjonale tjenester. Den andre oppgaven er felles vurdering av årsrapportene etter fastsatte kriterier. Begge oppgaver ivaretas i dag av Helsedirektoratet, jf. nasjonal veileder, og overføring av disse oppgavene til RHF-systemet vil kreve delegasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet.

En slik organisering av et nasjonalt servicemiljø vil styrke de regionale miljøene. Videreføring og formalisering av nasjonalt samarbeid og foreslåtte nye oppgaver vil bidra til bedre oppfølging og ivaretagelse av tjenester, nettverk og sentre. Samtidig vil fellesoppgavene bli ivaretatt på en mer systematisk måte.

Det er foreslått økonomiske rammer for fordeling av ressurser til nasjonalt servicemiljø (kap. 2.5.). De foreslåtte rammene vil gi regionene betydelig mer ressurser til oppfølging enn i dag, og vil gi forbedret evne til å følge opp nasjonale utfordringer i fellesskap. RHF-ene har selvstendig ansvar for å avsette ressurser til servicemiljøet og for å beslutte hvor de regionale enhetene plasseres organisatorisk.

Det bør utarbeides et mandat som formaliserer det nasjonale servicemiljøet med utgangspunkt i de beskrevne oppgavene. Servicemiljøet bør evalueres etter at det har vært i funksjon en tid, for å undersøke om det fungerer etter intensjonen eller om det bør gjøres endringer.

2.2. Innholdet i det nasjonale servicemiljøet

For å definere arbeidsoppgavene for det nasjonale servicemiljøet, er det foretatt en gjennomgang av informasjon fra forskrift, veileder, internt notat fra Helsedirektoratet, tilbakemeldinger fra tjenestene fra 2019, og tilbakemeldinger fra tjenestene i desember 2021. Dette har dannet grunnlag for beskrivelsen av innhold og oppgaver i servicemiljøet som finnes nedenfor. De nasjonale fellesoppgavene vil bli koordinert i den interregionale arbeidsgruppen og utfordringer i regionene kan tas opp til felles diskusjon i det nasjonale samarbeidet.

2.2.1. Styrking av regional oppfølging og bedre nasjonal samordning av nasjonale tjenester, nettverk og sentre

Regionene har selvstendig ansvar for drift av tjenester i egen region. Styring, oppfølging og veiledning av nasjonale tjenester skal gjøres i tråd med forskrift og veileder i det nasjonale styringssystemet. De nye nettverkene og sentrene som etableres vil ha behov for lignende oppfølging som nasjonale tjenester, men i RHF-enes styringslinje. De regionale enhetene skal bistå HF og tjenester med å oppfylle sitt oppdrag gjennom administrativ støtte og samordning av virksomheten i styringslinja.

Eksempler på regionale oppgaver er informasjon til søkermiljøer, tilgjengeliggjøring av relevant informasjon og maler, organisering og bistand ved rapportering mv. Dette er i stor grad oppgaver som RHF-ene har ansvar for i dag.

Samtidig er oppfølgingen av tjenestene et felles ansvar for RHF-ene, da de er kliniske enheter som yter tjenester for alle regioner. Regionene må delta aktivt i det nasjonale servicemiljøet og følge opp nasjonale føringer, beslutninger og felles utfordringer i egen region. Behovet for nasjonal samordnet oppfølging vil derfor være tilstede i alle regioner.

Følgende oppgaver bør inngå i det nasjonale servicemiljøet:

- Felles nettsted: Samle og vedlikeholde en oversikt over styrende dokumenter og verktøy gjennom etablering av en felles nasjonal nettside. Informasjonen bør differensieres slik at det kommer fram hva som er relevant for ulike tjenester, for nettverk, og for sentre.
- Resultatmål: Utarbeide og samordne system for resultatmål
- Kompetansespredningsplan: Vedlikeholde malen for kompetansespredning
- Samarbeids- og dialogarena: Utvikle nye og mer skreddersydde arenaer for samarbeid og dialog som f.eks. workshops, konferanser om utvalgte tema mv., for bedre kompetanseoverføring og informasjons- og erfaringsutveksling.
- Referansegrupper: Vedlikeholde og forbedre kjernemandat for referansegrupper, vurdere organisering og rutiner for oppnevning av referansegruppemedlemmer.
- Søknader: Utforme og vedlike søknadsinformasjon og felles søknadsskjema med vedlegg, vurdere prosess for innsending og beslutning av søknader og endringer (må avklares med sentrale myndigheter).
- Årlig rapportering: Vedlikeholde rapportskjema og veiledningstekster for nasjonale tjenester, utvikle nye rapportskjema for nettverk og sentre.
- Vurdering av årsrapporter: Ansvar for vurdering av årsrapporter overføres fra Helsedirektoratet til RHF-ene
- Bidra til likeverdig tilgang til behandling/kompetanse

2.2.2. Nye oppgaver for RHF-ene og delegasjon

Det foreslås at to nye oppgaver overføres til RHF-ene.

Det foreslås for det første at myndighet til beslutning om etablering, endring og avviking av tjenester overføres fra Helsedirektoratet til RHF-ene. En slik endring i beslutningsmyndighet vil etter forskriften kreve delegasjon fra HOD.

For det andre foreslås det at RHF-ene gjør en felles vurdering av årsrapporter etter fastsatte kriterier og at Helsedirektoratets vurdering utgår. Direktoratet har i et notat fra 2019 selv foreslått en slik endring. Det forutsettes at utfordringer som fremkommer i gjennomgangen av rapportene diskuteres mellom RHF-ene og søkes løst i fellesskap.

Detaljene i hvordan disse oppgavene skal organiseres er ikke avklart, men prosesser for beslutning og rapportering fra den enkelte region vil følge RHF-enes styringslinje.

2.3. Organisasjonsmodell

Servicemiljøet skal inngå i den ordinære styringslinja i regionale og lokale helseforetak. Modellen beskrives nærmere her og illustreres nedenfor.

Det interregionale AD-møtet er beslutningstaker og fatter beslutninger i saker som fremsendes fra de interregionale fagdirektørmøtet. AD-møtet kan delegere beslutninger til fagdirektørmøtet.

Det interregionale fagdirektørmøtet behandler saker om nasjonale tjenester, evt. beslutter saker på delegasjon. Fagdirektørene avgjør i hvert enkelt tilfelle hvem som bør involveres i vurdering og beslutninger. Aktuelle saker kan omhandle anbefaling om opprettelse, endring eller avvikling av nasjonale tjenester, nettverk og sentre, samt tilhørende strategiske vurderinger og eventuelle beslutninger.

Det nasjonale servicemiljøet v/leder for interregional arbeidsgruppe rapporterer til interregionalt fagdirektørmøte og legger fram saker. Slike saker kan være vurderinger av hvilke funksjoner og oppgaver som skal videreføres interregionalt ved avvikling av en kompetansetjeneste, på grunnlag av blant annet faglig behov og en overordnet strategisk prioritering.



Figur 1. Prosjektgruppens forslag til modell for organisering og styring. Det nasjonale servicemiljøet består av regionale enheter som samordnes gjennom en interregional arbeidsgruppe.

2.4. Beskrivelse av framtidig rapportering og vurdering

De nasjonale tjenestene har siden 2009 rapportert årlig i eRapport, på et digitalt, strukturert rapportskjema. Tjenestene rapporterer på aktivitet i tråd med oppgavene og sitt nasjonale oppdrag. Rapporten fra hver enkelt tjeneste suppleres med en uttalelse fra tjenestens referansegruppe. Innleverte rapporter blir publisert i en felles portal ([Index - Forskningsprosjekter \(ihelse.net\)](#)). En årsrapport er typisk 10-15 sider lang. En utfyllende beskrivelse finnes i vedlegg 4.

Det er gjort en sammenligning med rapportering for de medisinske kvalitetsregistrene. Registrene rapporterer årlig i en egen mal (word-skjema) med bestemte krav til innhold. Rapportene brukes ved vurdering av kvalitet, funksjon og nasjonal status. Rapportene er svært omfattende, gjerne over 100 sider, da hoveddelen er tilbakemelding av resultater til fagmiljøer. Utfyllende informasjon finnes på [Forsiden | Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#). Denne løsningen vurderes ikke som aktuell for nasjonale tjenester, nettverk og sentre.

I tillegg til årlige rapporter fra de nasjonale tjenestene vil det, etterhvert som kompetansetjenestene omorganiseres, bli behov for å innhente rapporter også for de nasjonale kvalitets- og kompetansenettverkene og for de nasjonale sentrene som etableres.

Den årlige rapporteringen for nasjonale tjenester bygger på et godt og etablert nasjonalt samarbeid, og tjenestene er godt kjent med hvordan dagens rapportering skjer. Det vil derfor være hensiktsmessig å bygge videre på eksisterende rapporteringsrutiner samt videreutvikle dagens rapportskjema for å sikre kontinuitet og forståelse for rapporteringen også for nettverk og sentre. Rapporteringen kan gjøres innenfor tilsvarende rammer som for de nasjonale tjenestene.

2.5. Økonomiske rammer for ny organisering

Økonomiske forhold er drøftet i prosjektgruppen og i styringsgruppen. Et nasjonalt servicemiljø bestående av regionale enheter som skal ivareta felles oppgaver, vil medføre økonomiske forpliktelser for RHF-ene. HOD gir i dag et øremerket tilskudd til kompetansetjenestene.

Det varierer mellom regionene hvordan tilskuddet fordeles og hvor mye midler som eventuelt gis til tjenestene ut over tilskuddet. RHF-ene er i statsbudsjettet bedt om at 2-4 % av det øremerkede tilskuddet skal holdes tilbake for å finansiere et nasjonalt servicemiljø.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over hva 4 % av øremerket tilskudd utgjør for hver region. Grunnlaget er hentet fra Prop. 1 S fra HOD 2021-2022, s. 189.

Region	Antall komp. tj. pr. 2021	Øremerket tilskudd 2022	Hvorav til sjeldne diagnoser	Til øvrige tjenester	Andel øvrige	Støttefunksjoner 4%, til øvrige tjenester i mill. kr.
Helse Sør-Øst	29	354,2	232,7	121,5	56 %	4,9
Helse Vest	10	36,9		36,9	17 %	1,5
Helse Midt-Norge	8	41		41	19 %	1,6
Helse Nord	5	76,3	58,6	17,7	8 %	0,7
Totalt	52	508,4	291,3	217,1		8,7

Tabell 1. Oversikt over øremerket tilskudd til nasjonale kompetansetjenester

Selv om HOD med dette har anslått rammer for et nasjonalt servicemiljø, må hver region ivareta sine forpliktelser gjennom å konkretisere og beslutte hvor mye ressurser i form av stillinger og funksjoner som er nødvendig for å ivareta oppgavene i det nasjonale servicemiljøet.

2.6. Vurdering av samordning med kvalitetsregistre

Mange tjenester har meldt behov for hjelp, støtte og midler til etablering og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Videre er det meldt behov for bistand til å få inn nye variabler i eksisterende registre, nye endepunkter, bistand til analyser av data fra kvalitetsregistre, og lignende.

Det kan bunne i at det ligger en forventning til tjenestene om at de skal levere data som sier noe om effekten på helsetjenesten. Flere tjenester har utfordringer med å måle effekt av sin virksomhet. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre og registre med nasjonalt nedslagsfelt er en svært viktig kilde til slike data, og noen tjenester har etablert registre. Mange tjenester har imidlertid ikke fått etablere registre, og tilbakemeldingene både i 2019 og i 2021 viser at slike registre er avgjørende for måling av effekt. Dette er bakgrunnen for at tjenestene etterspør hjelp på dette området.

Det er etablert et eget system for nasjonale registre, NSM i SKDE³. Prosjektet mener at spørsmål og veiledning om kvalitetsregistre ivaretas best i dette systemet og det er naturlig at nasjonale tjenester som har medisinske kvalitetsregistre samarbeider med registerenheten i egen region og retter henvendelser om kvalitetsregistre dit.

Det er likevel viktig at de nasjonale servicemiljøene kjenner hverandres oppgaver og kompetanse. En tettere kobling og mer samarbeid mellom miljøene for tjenester og for registre vil være nyttig og det nasjonale servicemiljøet som etableres bør initiere et samarbeid. Samtidig løser ikke dette utfordringene med å måle effekt av tjenesten for de registrene som ikke har eller ikke vil få etablert kvalitetsregistre. Dette er en utfordring det må arbeides videre med.

³ [Forsiden | Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#)

2.7. Dissens i prosjektgruppen

Ett medlem i prosjektgruppen har et annet syn på hvordan tjenestene bør organiseres. Eva Stensland fra NSM i SKDE tar dissens i dette arbeidet. Representantens vurdering er oppsummert nedenfor.

Stensland mener at den foreslåtte modellen ikke svarer ut oppdraget fra HOD slik dette er formulert. Erfaringene fra NSM i SKDE tilsier at det er behov for en nasjonal overbyggende enhet i tillegg til de regionale miljøene for å redusere sårbarhet i de regionale enhetene og for å sikre kompetanse og kontinuitet i servicemiljøet som helhet. Det vil ikke være tilstrekkelig kun å styrke den regionale oppfølgingen og koordinere den bedre enn i dag.

Videre påpeker hun at det er mange og til dels komplekse oppgaver som tenkes gjennomført i regi av det nasjonale servicemiljøet som foreslås og det er usikkert om det er gjort tilstrekkelig vurdering av mengden arbeidsoppgaver opp mot de ressursene som er foreslått, i lys av at det vil bli gjennomført endringer for mange kompetansetjenester i tiden som kommer.

Hun kommenterer også at det ikke er tydelig hvem i RHF-ene som skal gjennomføre vurderingen av tjenestenes årsrapporter og anbefaler at disse oppgavene legges utenfor servicemiljøet, slik at man unngår å ha både en rådgivende og evaluerende rolle for de samme tjenestene. Dessuten burde punktet om samordning mellom de nasjonale servicemiljøene vært belyst i større grad.

3. Grunnlag for anbefaling og beskrivelse av modell for nasjonalt servicemiljø

Dette kapittelet beskriver prosjektgruppens arbeid som begrunnelse for anbefalingene om modell og organisering av nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre. Det er gjort en vurdering av organisering av nasjonale tjenester og medisinske kvalitetsregistre, og tjenestenes behov er kartlagt på flere måter. Dette utgjør i sum grunnlaget for beskrivelsen av ny organisering og tilhørende oppgaver i det nasjonale servicemiljøet som skal etableres.

Oppdraget om utredning av et nasjonalt servicemiljø tar utgangspunkt i behov som er meldt fra de nasjonale tjenestene som RHF-ene har lang erfaring med. I tillegg skal servicemiljøet dekke nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og nasjonale sentre som opprettes som en erstatning for og videreføring av kompetansetjenester som avvikles og som går ut av det nasjonale styringssystemet. I mandatet for arbeidet er det lagt til grunn at arbeidet tar utgangspunkt i eksisterende styringssystem både for de nasjonale tjenestene og for de nasjonale kvalitetsregistrene.

3.1. Om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

De nasjonale tjenestene omfatter nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale medisinske kompetansetjenester. Behandlingstjenestene sentraliserer høyspesialisert behandling til ett eller to steder i landet mens kompetansetjenestene skal utvikle og heve kvaliteten i hele utrednings- og behandlingsforløpet. Kompetansetjenestene finnes i kategorien opplæring med en virketid på 5 år og i kategorien kompetanseoppbygging med en virketid på 10 år.

Det ble i 2011 etablert et styringssystem for de nasjonale tjenestene som er regulert i forskrift ([Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010](#)) og med en tilhørende veileder utarbeidet av HOD ([Veileder](#)). Styringssystemet skal sikre nasjonale prioriteringshensyn, god utnyttelse av ressurser og likeverdig tilgang til kompetanse og høyspesialisert behandling. HOD har lagt til grunn at de eksisterende kompetansetjenestene vil fungere innenfor dette etablerte styringssystemet sammen med behandlingstjenestene, mens kompetansetjenester som avvikles skal videreføres utenfor dette regelverket og underlegges RHF-enes styring.

De fleste kompetansetjenestene vil videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk mens noen vil videreføres som nasjonale sentre. Dette er nye funksjoner som RHF-ene ikke har vesentlig erfaring med foreløpig. Noen kompetansetjenester kan også bli avviklet uten videreføring av nasjonale funksjoner. Arbeidet med slik omorganisering må gjennomføres i hver region. Se vedlegg 2 og 4 for utfyllende informasjon.

3.2. Om nasjonale medisinske kvalitetsregistre

De medisinske kvalitetsregistrene samler strukturert informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innen definerte sykdomsgrupper. Informasjonen sammenstilles for å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandling og for å redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. En oversikt over de godkjente registrene finnes på [Forsiden | Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#). Nasjonal status gis av Helsedirektoratet etter angitte kriterier beskrevet i veilederen [Oppretting og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#).

RHF-enes ansvar for opprettelse av servicemiljø for de medisinske kvalitetsregistrene ble gitt av HOD i 2008 og presisert i statsbudsjettet for 2009. Dagens styringsmodell for kvalitetsregisterfeltet ble vedtatt i AD-møtet i 2019. Det interregionale fagdirektørmøtet er formell styringsgruppe for det nasjonale kvalitetsregisterarbeidet, mens det interregionale AD-møtet har beslutningsmyndighet. Dette sikrer linjestyrt forankring av feltet i alle regioner, inkludert ansvar for opprettelse og avvikling av kvalitetsregistre. Styringssystemet inkluderer også en interregional arbeidsgruppe og en ekspertgruppe for medisinske kvalitetsregistre.

Det er etablert et nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i form av en egen enhet som er tilknyttet SKDE i Helse Nord (NSM-SKDE) og med enheter i de fire helseregionene. Den nasjonale serviceenheten skal sikre drift og god utnyttelse av registrene, mens de regionale enhetene i hovedsak har ansvar for oppfølging av kvalitetsregistre i egen region. Arbeidsoppgavene til den nasjonale serviceenheten og oppgavene i de regionale enhetene er ulike.

Prosjektgruppen har fått presentert organisering, oppgaver, rapportering og styringsmodell for kvalitetsregistre som del av sitt arbeid.

3.3. Kartlegging av behov

I tillegg til å sammenligne hvordan nasjonale tjenester og medisinske kvalitetsregistre er organisert, har prosjektgruppen kartlagt tjenestenes behov på ulike måter. En fullstendig oversikt over kartleggingen finnes i vedlegg 6.

3.3.1. Gjennomgang av tilbakemeldinger fra 2019

Tilbakemeldingene som ble gitt til HOD i 2019 er gjennomgått og oppsummert. Tjenestene har gitt både generelle innspill om det ansvaret og de oppgavene de har, og mer spesifikke innspill. Disse omfattet blant annet utfordringer med nettverk i alle regioner, utfordringer med referansegruppens funksjon, ønske om tettere kontakt og mer samarbeid med RHF, andre regioner og Helsedirektoratet.

Praktiske utfordringer som ble nevnt var knyttet til verktøy som f.eks. IT-verktøy, digitale plattformer, kompetansespredningsplan, måloppnåelse og kvalitetsverktøy. Tjenestene meldte ønske om faglige tilbakemeldinger fremfor systemrevisjon og foreslo nye parametere de kunne vurderes på og nye aktiviteter for bedre samarbeid. I tillegg ble det foreslått enklere rapportering med kriterier som er bedre tilpasset tjenestene.

3.3.2. Ny kartlegging desember 2021

En ny kartlegging av tjenestenes behov ble gjennomført for å få tilleggsinformasjon og en mer oppdatert oversikt over behovene. En questback-undersøkelse med utgangspunkt i forskriftsfestede oppgaver ble sendt til alle tjenester i desember 2021. Tilbakemeldingene viste at tjenestene har få utfordringer med forskning, undervisning og det å yte helsehjelp. Det ble heller ikke rapportert mange utfordringer med årlig rapportering eller drift av referansegrupper, men RHF-ene har erfart at noen har utfordringer med disse oppgavene. Det ble rapportert utfordringer med oppbygging og formidling av kompetanse, med veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning, overvåkning og formidling av behandlingsresultater og implementering av nasjonale retningslinjer.

De tekstlige tilbakemeldingene i denne undersøkelsen er sammenfattet og gjennomgått i fellesskap. Noen sentrale tilbakemeldinger var ønske om felles nettsted, nasjonale kontaktpersoner, bedre systemer og bistand til kompetansespredning, resultatmål og dokumentasjon av resultater, støtte til samarbeid med andre miljøer, mer kommunikasjon med RHF-ene og Helsedirektoratet, og mer opplæring, mandat for og støtte til nettverksbygging. Overgang fra kompetansetjeneste til nettverk synes uklart for tjenestene. Det ble også meldt ønsker om mer ressurser i form av bedre rammebetingelser, midler, personer, ulike digitale løsninger og databaser, kvalitetssystemer og kvalitetsregistre.

3.3.3. Møter med oppnevnt referansegruppe

Det er gjennomført to møter med den oppnevnte referansegruppen. I møtene er det gitt flere tilbakemeldinger om tjenestenes behov og det ble positivt mottatt at regional oppfølging og regionale miljøer skal styrkes. Fra brukernes ståsted er det viktig at tilbudene er landsdekkende og at det gis likeverdig tilgang til den behandling og kompetanse som tjenesten representerer.

Referansegruppen ønsket mer kontakt og bedre oppfølging fra RHF-ene blant annet for likeverdig tilgang. Det ble meldt ønske om tettere oppfølging av rapportering og mer faglige tilbakemeldinger. Behandlingstjenester og kompetansetjenester har ulike behov og utfordringer. Behandlingstjenestene har langt større behov for faglige diskusjoner i forbindelse med pasientbehandling og har gjerne kontakt med internasjonale fagmiljøer. De var også opptatt av hvordan faglige uenigheter håndteres.

Det ble vist til at det er stor forskjell mellom tjenestene i størrelse og antall fagpersoner. Alle tjenester har gode erfaringer med å ha brukerrepresentant i sine referansegrupper og enklere oppnevning av brukerrepresentanter ble drøftet. Tjenestene har erfart utfordringer med å få oppnevnt brukerrepresentanter, og løsningen kan være å konkretisere (navngi) forslag til representant.

Referansegruppen fikk også presentert utkast til rapport og ga tilbakemelding på denne. Gruppen var opptatt av at dagens rapportering bør forbedres. Det er behov for dialog og samarbeid om rapportering og det ble meldt sterkt ønske om en plattform for dialog med eget RHF og andre RHF for diskusjon om drift og utvikling av tjenestene.

Det ble uttrykt støtte til arbeidet og ønske om involvering også i senere prosesser. Referansegruppen ba om å få tilsendt ferdig rapport med vedlegg.

3.3.4. Oppsummering av tjenestenes referansegrupperapporter

Et utvalg referansegrupperapporter er gjennomgått som del av prosjektarbeidet. Gjennomgangen viser at de fleste referansegruppene har godkjent tjenestenes årsrapporter og det gis uttrykk for godt samarbeid med tjenesten. De fleste referansegruppene har hatt minst ett møte i løpet av året, mens enkelte ikke har hatt møter i det hele tatt. Brukerrepresentanter er stort sett på plass i referansegruppene og noen av brukerrepresentantene deltar også i kompetansespredning.

Behandlingstjenestenes referansegrupper diskuterer i stor grad faglige og medisinske problemstillinger. Kompetansetjenestenes referansegrupper diskuterer gjerne kompetansespredning, retningslinjer og samarbeid. Flere referansegrupper har diskutert kommende endringer i organisering av tjenesten.

Mange ønsker mer samarbeid i og mellom regioner, også om forskning, spesialistutdanning og rekruttering. Arbeid med og behov for kvalitetsregister diskuteres. Det meldes også ønske om møter, konferanser og lignende, samt hjelp til nettsider, digitale verktøy og web-baserte løsninger som er tilgjengelig også for brukere.

Gjennomgangen viser også at enkelte referansegrupper ikke har levert rapporter de senere år. Det tyder på at det er stort behov for tettere oppfølging av referansegrupper, både ved rapportering og ved å bistå med informasjon om referansegruppens funksjon. Det er også behov for å følge opp oppnevning av representanter til gruppene og vedlikehold av referansegruppens kjernemandat.

Oversikt over vedlegg med utdypende informasjon

Vedlegg 1: Oversikt over deltakere i arbeidet

Vedlegg 2: Rammeverk for kvalitets- og kompetansenettverk (vedtatt i AD-møtet 30.8 2021).

Vedlegg 3: Kartlegging av tjenestenes behov

Vedlegg 4: Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
12.09.2022

RBU-sak 72-2022

Sykehusapotek Nord HF - oppnevning av representanter til brukerutvalget

Innledning/bakgrunn

Brukerutvalget i Sykehusapotek Nord HF skal bestå av representanter fra de øvrige helseforetakenes brukerutvalg og regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, samt representanter fra Sykehusapotek Nord HF.

Sykehusapotek Nord HF ber om at det utnevnes én fast representant og én vara fra det regionale brukerutvalget for deltakelse i deres brukerutvalg i perioden 2022-2024 (vedlegg).

Ønskelig erfaring fra representanter:

- Erfaring med bruk av Sykehusapotek Nord eventuelt jevnlig kontakt med andre apotek.

Forslag til vedtak

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

Regionalt brukerutvalg oppnevner *NN* som fast representant og *NN* som vararepresentant til brukerutvalget i Sykehusapotek Nord HF i perioden 2022-2024.

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg: Brev av 11.05.2022 fra Sykehusapotek Nord – Forespørsel om oppnevning av representant til brukerutvalget i Sykehusapotek Nord 2022-2024

Avsender:
SYKEHUSAPOTEK NORD HF
Postboks 6147
9291 TROMSØ
NORWAY

2021/1886-46

MOTTATT
18 MAI 2022
Helse Nord RHF

HELSE NORD RHF
Postboks 1445
8038 BODØ
Norway



834.401.22

Forespørsel om oppnevning av representant til brukerutvalget i Sykehusapotek Nord 2022-2024



401.1.

401#2269:8248accf-0f62-4b8a-b941-a71ec7711e07:1



HELSE NORD RHF
Postboks 1445
8038 BODØ

v/sekretariat brukerutvalget

Deres ref:	Vår ref:	Dato:	Saksbehandler:
	2022/187-1	11.05.2022	Margaret Aarag Antonsen

Forespørsel om oppnevning av representant til brukerutvalget i Sykehusapotek Nord 2022-2024

I henhold til instruksen for Brukerutvalget i Sykehusapotek Nord HF består brukerutvalget av representanter fra de øvrige helseforetakene sine brukerutvalg og regionalt brukerutvalg i Helse Nord, samt representanter fra Sykehusapotek Nord HF.

Vi ber med dette om at det oppnevnes to representanter (fast representant og personlig vara) fra deres brukerutvalg for perioden 2022-2024. Vi ønsker fortrinnsvis brukerrepresentanter som har erfaring med bruk av Sykehusapotek Nord eller jevnlig er i kontakt med andre apotek. Med utgangspunkt i innkommende forslag vil styret til Sykehusapotek Nord HF oppnevne en fast representant og en personlig vararepresentant fra hvert brukerutvalg i styremøte 28. september 2022.

Vi ber om at svar på denne henvendelsen sendes fagsjef Margaret A. Antonsen, margaret.aarag.antonen@sykehusapotek-nord.no, innen 1. september 2022.

Med vennlig hilsen

Margaret Aarag Antonsen
Fagsjef

Vedlegg: Gjeldende instruks for brukerutvalget i Sykehusapotek Nord





Instruks for Brukerutvalget i Sykehusapotek Nord HF

Sammensetning:

Brukerutvalget består av representanter valgt fra brukerutvalgene i de fire sykehusforetakene samt det regionale brukerutvalget i Helse Nord. Direktør og en apoteker eller avdelingsleder fra Sykehusapotek Nord HF har møteplikt og tale- og forslagsrett, men ikke stemmerett.

- 1 medlem fra Brukerutvalget ved Helgelandssykehuset
- 1 medlem fra Brukerutvalget ved Nordlandssykehuset
- 1 medlem fra Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge
- 1 medlem fra Brukerutvalget i Helse Finnmark.
- 1 medlem fra Regionalt brukerutvalg i Helse Nord

Brukerutvalget konstituerer seg selv ved å velge leder og nestleder.

Møteplikt, tale og forslagsrett:

- Administrerende direktør i Sykehusapotek Nord
- 1 apoteker eller avdelingsleder fra Sykehusapotek Nord

Det velges en stedsfortreder for direktøren blant apotekere / avdelingslederne i Sykehusapotek Nord.

Fagsjef i Sykehusapotek Nord er sekretær for utvalget.

Utvalget møtes ved behov, men fortrinnsvis 4 ganger i året.

Representasjon i styret:

Leder i brukerutvalget har observasjonsstatus med møte og talerett i styret til Sykehusapotek Nord HF.

Valgperiode:

2 år, velges i løpet av 2. kvartal.

Mandat

Brukerutvalget skal være:

- Et etablert samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjonene
- Et rådgivende organ slik at brukerkompetansen benyttes som et grunnlag for tjenesteutforming og gjennomføring
- Et forum for systematisk tilbakemelding fra brukere om erfaring med apotektilbudene

Hovedmål

- Bidra til at sykehusapotekene utvikler sitt produkt i tråd med det brukerne etterspør
- Være pådriver i prosessen for å identifisere behov hos helseforetakene
- Opprette kommunikasjon med andre brukerutvalg for gjensidig informasjonsutveksling





Arbeidsutvalget

1. Arbeidsutvalget i Brukerutvalget til Sykehusapotek Nord HF består av leder og nestleder i Brukerutvalget.
2. Arbeidsutvalget skal forberede saker til møtene i Brukerutvalget.
3. Arbeidsutvalget skal lage saksliste til møtene i Brukerutvalget.
4. Brukerutvalget kan pålegge Arbeidsutvalget oppgaver mellom møtene i Brukerutvalget.
5. Forslag som Arbeidsutvalget utarbeider, sendes de andre medlemmene i Brukerutvalget til og behandles på påfølgende møte, dersom ikke annet er avtalt.
6. Arbeidsutvalgets årsrapport, denne oversendes styret innen det andre styremøte påfølgende år.

Honorering

Honorering skjer i henhold til gjeldende satser i Helse Nord for brukerutvalg og brukerrepresentanter.

Rapportering

Protokoll fra møtene oversendes lederteam og styret i Sykehusapotek Nord samt de øvrige brukerutvalgene i Helse Nord til orientering

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
12.09.2022

RBU-sak 73-2022

Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern - oppnevning av representanter til referansegruppe og innspillsmøter

Innledning/bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF leder et prosjekt med å levere et dokument som er overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern som fremkommer, jf. Oppdragsdokument 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget om å utarbeide en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern er et stort og sammensatt interregionalt oppdrag. Arbeidet organiseres derfor som et interregionalt prosjekt.

Helseforetak og private ideelle sykehus, aktuelle fagmiljø, kommune, og brukerorganisasjoner involveres i arbeidet gjennom representasjon i referansegruppe og gjennom innspillsmøter.

Helse Sør-Øst ber om at det oversendes forslag til én fast representant til å delta i arbeidet. Det er ønskelig med en brukerrepresentant fra hver region til referansegruppen.

Tidspunkt for møtene vil være;

- Torsdag 13. oktober kl. 14-16
- Onsdag 7. desember kl. 14-16
- Onsdag 25. januar kl. 14-16

Møtene vil foregå digitalt på Teams.

Ønskelig erfaring fra representanter:

Det er ønskelig at én av representantene er en pårørenderepresentant.

Forslag til vedtak

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

Regionalt brukerutvalg foreslår oppnevning av *NN* som fast representant og *NN* som vararepresentant til å delta i referansegruppe og innspillsmøter i prosjektet *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern*.

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern
2. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 – en statusrapport
3. Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune

Prosjektmandat: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern

Referanse PPM-verktøy:

Referanse til regnskap:

Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern

Prosjektmandat

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Jan Frich	prosjekteier	Viseadm. direktør	23.5.2022


Prosjektmandat: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern

Referanse PPM-
verktøy:

Referanse til regnskap:

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	PROSJEKTETS NAVN	4
2	PROSJEKTEIER	4
3	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	4
4	ORGANISERING	6
5	RESULTATMÅL OG EFFEKT MÅL	7
5.1	RESULTATMÅL (OVERORDNET)	7
5.2	EFFEKT MÅL (OVERORDNET)	7
6	RAMMEBETINGELSER	7
6.1	KRAV TIL PROSJEKTET	7
6.2	TIDSRAMME	7
6.3	ORGANISASJONENS FORPLIKTELSER OVERFOR PROSJEKTET	7
6.4	KVALITET	7
6.5	ØKONOMI	8

	Dato: Side: 3 / 8
Prosjektmandat: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern	Referanse PPM-verktøy: Referanse til regnskap:


ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.10	04.03.2022		Dokument etablert	Torhild T. Hovdal	
0.95	31.03.2022		Justeringer	Jan Frich	
0.99	18.4.2022		Justeringer	Jan Frich	
1.00	23.05.2022		Justert etter AD-møtet	Jan Frich	

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Her kan det settes inn referanser til andre dokumenter som for eksempel prosjektplan, risikoanalyse, strategidokument, handlingsplan eller liknende.

Nr.	Dokumentnavn	Referanse
1.	Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 – En statusrapport, SIFER 2020	Sikkerhetspsykiatri-i-Norge-2019.-En-statusrapport.-PDF.-ISBN-978-82-692218-0-0-2_-nf_(2).pdf
2.	Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune, SIFER 2020	Utskrivningsklare-pasienter-i-sikkerhetspsykiatrien-en-kartlegging-av-utskrivningsprosessen-fra-sikkerhetsavdeling-til-kommune-1.pdf

	Dato: Side: 4 / 8
Prosjektmandat: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern	Referanse PPM-verktøy: Referanse til regnskap:

1 PROSJEKTETS NAVN

«Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern»

2 PROSJEKTEIER

Viseadministrerende direktør (fagdirektør), Helse Sør-Øst RHF

3 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

I Oppdragsdokument 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er det gitt følgende utredningsoppdrag:

De regionale helseforetakene skal utarbeide en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern, jf. statusrapport om sikkerhetspsykiatri og rapport om utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien. Det skal særlig vurderes:


- *behovene for endring i kapasitet, innhold, organisering og sammenheng i tjenestetilbudet*
- *behovet for langvarig forsterkede botilbud i samarbeid med kommunene og om det kan være hensiktsmessig å etablere tverrfaglige ambulante team for å ivareta personer som utgjør en sikkerhetsrisiko*
- *videreutvikling av samarbeidsavtaler med kommunene, styringsdata og retningslinjer, jf. nevnte rapporter fra de regionale helseforetakene*

Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet.

Statusrapport om sikkerhetspsykiatri

På oppdrag fra Helsedepartementet ble det i 2019 gjennomført en spørreundersøkelse ved landets tre regionale og 15 lokale sikkerhetsavdelinger. Formålet med undersøkelsen var å dokumentere utviklingstrekk og status ved norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger, særlig med hensyn til organisering og kapasitet, kompetanse, diagnostikk og utredningsverktøy, men også andre relevante forhold for den sikkerhetspsykiatriske helsetjenesten.

Rapporten peker på en halvering av antall døgnplasser i det psykiske helsevernet de siste 20 årene, samtidig med en økning i antall pasienter innlagt etter strafferettslig hjemmel, herunder en stor andel domfelte pasienter. Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet, kan oppta sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som i utgangspunktet er forbeholdt pasienter med høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. Innleggelse av pasienter via domstoler og eventuelt via kriminalomsorgen, kan gå ut over andre pasienter som klinisk sett har større behov for en døgnplass for behandling av sin psykiske lidelse.

	Dato: Side: 5 / 8
Prosjektmandat: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømt til tvungent psykisk helsevern	Referanse PPM-verktøy: Referanse til regnskap:

Rapporten viser at domfelte pasienter opptar i underkant av 50 % av de lokale sikkerhetsplassene, og om lag 40 % av det totale antallet sikkerhetsplassene i landet. Samtidig er det store lokale variasjoner på kapasitet innen det sikkerhetspsykiatriske fagfeltet i de ulike helseforetakene; fra ikke å ha et sikkerhetspsykiatrisk tilbud, til å ha 7,0 sikkerhetsplasser per 100 000 innbygger. Fra Robak-utvalget gjorde sin undersøkelse i 1980 og frem til i dag, har antall døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien per 100 000 innbygger blitt redusert fra 5,4 til 4,1.

Det har vært et gjennomgående problem å få videreført den aktuelle pasientgruppen til behandlingsnivå med lavere grad av sikkerhet. Flere utskrivningsklare pasienter må følges opp av sikkerhetspsykiatrien, ikke bare på grunn av symptomtrykk, men også på grunn av voldsrisiko, stigmatiserende sykehistorier, medieprofilerte saker og kriminalitetshistorikk. Rapporten peker på at Norge ikke har egne pasientforløp/behandlingslinjer for domfelte pasienter, som f.eks. England og Sverige har. Det anbefales derfor å se på muligheten for økt bruk av Sikkerhets-FACT-Team, som vil sikre en kvalifisert oppfølging av domfelte pasienter etter utskrivelse fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger.

Tilbakemeldingene fra helseforetakene indikerer at flere har mangelfulle systemer for registrering av henvisninger, innleggelses og utskrivninger. Det er derfor vanskelig å si noe om at antall døgnplasser i norsk sikkerhetspsykiatri er tilstrekkelig, sett opp mot behovet og etterspørselen.

Rapport om utskrivningsklare pasienter sikkerhetspsykiatri


På oppdrag fra Helsedirektoratet ble det i 2019 gjennomført en kartlegging av status og utfordringer knyttet til utskrivning og mottak av sikkerhetspsykiatriske pasienter. Kartleggingen ble utført gjennom en omfattende spørreskjemabasert undersøkelse til regionale og lokale sikkerhetspsykiatriske avdelinger, samt til allmennpsykiatriske avdelinger innen psykisk helsevern og kommuner som har mottatt henvendelser om utskrivningsklare pasienter i løpet av 2019.

Rapporten redegjør for hva som ikke fungerer i utskrivelsesprosessen. Funnene peker på komplekse og sammensatte behov, ikke bare hos pasientgruppen, men også for kommunene som skal motta dem. Det handler bl.a. om lovverk, økonomi, kompetanse, kultur for samhandling og det å danne en felles forståelse for hele utfordringsbildet mellom alle involverte. Dette inkludert egenskaper hos pasienten, så vel som egenskaper ved sikkerhetsavdelingene, mottakeravdelingene og kommunene. Rapporten belyser videre hvilke tiltak som kan ha betydning for bedret rettssikkerhet og livskvalitet for en utsatt pasientgruppe, og hva som må til for å gi helhetlige og koordinerte helsetjenester og bedre pasientflyt, samtidig som samfunnsvernensynet ivaretas.

Når det gjelder pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern tyder funnene på at pasienter, med begrunnelse i samfunnsvernensynet, må oppholde seg i sykehusavdeling selv etter å ha blitt vurdert som ferdigbehandlet der.

Rapporten anbefaler en rekke tiltak:

- Ulike verktøy, herunder de forskrifter og den kunnskap som eksisterer, må gjøres kjent og faktisk benyttes.

	Dato: Side: 6 / 8
Projektmandat: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømtede til tvungent psykisk helsevern	Referanse PPM-verktøy: Referanse til regnskap:

- Der lovverk står i motsetningsforhold til hverandre eller gir grunnlag for tvetydigheter må dette avklares.
- Finansieringsordningene må sikre pasientgruppen et helhetlig, differensiert og adekvat tjenestetilbud. Dette må inkludere boligformer som ivaretar både pasientgruppens behandlings- og omsorgsbehov, deres rettssikkerhet knyttet til frihetsbegrensninger og bruk av tvang, samtidig med at samfunnsvern hensynet ivaretas.

Rapporten viser til et behov for videre kartlegging og forskning knyttet til behandlingsforløp for sikkerhetspsykiatriske pasienters, herunder bl.a. et system for bedre og enhetlig registrering av pasientgruppen.

Oppdraget om å utarbeide en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømtede til tvungent psykisk helsevern er et stort og sammensatt interregionalt oppdrag. Arbeidet organiseres derfor som et interregionalt prosjekt.

4 ORGANISERING


Arbeidet med oppdraget organiseres som et interregionalt prosjekt med viseadministrerende direktør (fagdirektør) i Helse Sør-Øst RHF som prosjekteier. Det etableres en styringsgruppe med følgende sammensetning:

- En representant fra hvert av de fire regionale helseforetakene (styringsgruppen ledes av avdelingsdirektør i enhet psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst RHF).
- To konserntillitsvalgte
- En representant for konsernverneombudene
- En brukerrepresentant

Det nedsettes en prosjektgruppe bestående av en representant fra hvert av de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, og en representant fra hvert regionalt helseforetak. Det gis oppdrag til Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (Oslo universitetssykehus HF) i Helse Sør-Øst om å lede prosjektgruppen.

Helseforetak og private ideelle sykehus, aktuelle fagmiljø, kommune, og brukerorganisasjoner involveres i arbeidet gjennom representasjon i referansegruppe og gjennom innspillmøter.

Konserntillitsvalgte (KTV) og regionalt brukerutvalg (RBU) informeres og involveres i arbeidet gjennom etablerte samarbeidsfora i de regionale helseforetakene. Prosjektdeltakere har ansvar for involvering/medvirkning i hver sin region.

	Dato: Side: 7 / 8
Prosjektmandat: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern	Referanse PPM-verktøy: Referanse til regnskap:

5 RESULTATMÅL OG EFFEKTMÅL

5.1 Resultatmål (overordnet)

Prosjektet skal levere et dokument som er en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern som fremkommer, jf. Oppdragsdokument 2022.

5.2 Effektmål (overordnet)

Det eksisterer en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern i Norge, og som omhandler:

- behovene for endring i kapasitet, innhold, organisering og sammenheng i tjenestetilbudet
- behovet for langvarig forsterkede botilbud i samarbeid med kommunene og om det kan være hensiktsmessig å etablere tverrfaglige ambulante team for å ivareta personer som utgjør en sikkerhetsrisiko
- videreutvikling av samarbeidsavtaler med kommunene, styringsdata og retningslinjer

6 RAMMEBETINGELSER

6.1 Krav til prosjektet

Prosjektet må forholde seg til ordinære rammer og retningslinjer, som anskaffelser, tids- og ressursbruk, tiltak og løsninger.

6.2 Tidsramme

Prosjektmandat besluttet i interregionalt fagdirektørmøte mars 2022 og det lages en orienteringssak til møtet mellom AD-ene i RHF-ene.

Prosjektgruppen etableres innen juni 2022.

Endelig rapport skal være ferdig innen 1. mars 2023 og behandles i påfølgende AD-møte.


6.3 Organisasjonens forpliktelser overfor prosjektet

De regionale helseforetakene forplikter seg til å stille med tilstrekkelige ressurser for å gjennomføre prosjektet. Prosjekteier og styringsgruppen stiller seg til rådighet for prosjektet for nødvendige avklaringer og beslutninger i prosjektperioden.

6.4 Kvalitet

Prosjektet må følge:

- lovpålagte krav
- overordnede nasjonale og regionale føringer

	Dato: Side: 8 / 8
Prosjektmandat: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern	Referanse PPM-verktøy: Referanse til regnskap:

6.5 Økonomi

Prosjektet gjennomføres innenfor ordinære rammene, hvor reiser, arbeid mv. dekkes at det enkelte RHF. Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (Oslo universitetssykehus HF) bidrar uten særskilt finansiering.

SIKKERHETSPSYKIATRI I NORGE 2019

EN STATUSRAPPORT



FORORD

Dette er den fjerde statusrapporten om norsk sikkerhetspsykiatri. Rapportene fra 2005, 2008 og 2015 har fremskaffet viktig informasjon om fagfeltet, og har vært sentrale grunnlagsdokumenter for myndigheter og helseforetak.

På politisk plan er det en kontinuerlig debatt om veivalg og ressurser for håndtering av psykisk syke mennesker med voldsproblematikk. De siste årene har befolkningens og medias interesse for psykisk helsevern økt, og lovgivning og rammebetingelser blir stadig aktualisert ved nye alvorlige hendelser, som innebærer oppfølging i det psykiske helsevernet. Vi ser en gradvis endring i pasientflyten, ved at sikkerhetspsykiatriske plasser i stadig større grad opptas av personer som ikke er lagt inn til frivillig eller tvangsmessig behandling etter psykisk helsevernloven, men som er lagt inn etter strafferettslig lovverk etter beslutning fra domstol. Dette får særlige konsekvenser for organisering, kapasitet, ressurser og kompetanse.

I lys av dette er det viktig å fremskaffe oppdatert informasjon om relevante forhold i norsk sikkerhetspsykiatri. Denne rapporten viser bl.a. at det er store forskjeller på sikkerhetspsykiatrisk kapasitet ved de ulike helseforetakene i landet. Rapporten viser også at reduksjon av døgnplasser i allmennpsykiatrien, får konsekvenser for sikkerhetspsykiatrien, og flere avdelinger oppretter alternative modeller for oppfølging av pasienter etter endt behandling i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. I tillegg har flere av de sikkerhetspsykiatriske avdelingene store utfordringer knyttet til gammel og utdatert bygningsmasse.

Spesialrådgiver Stine Kilden ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst har gjennomført undersøkelsen og skrevet rapporten, i samarbeid med en arbeidsgruppe bestående av spesialsykepleier Gunnar Eidhammer og spesialsykepleier Lars Erik Selmer ved SIFER Helse Sør-Øst, og overlege María Sigurjónsdóttir ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest. Arbeidsgruppen har fått god veiledning fra professor Stål Bjørkly og forsker Christine Friestad ved SIFER Helse Sør-Øst.

En stor takk rettes til samtlige sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Norge som har bidratt til å svare på denne undersøkelsen.

Gaustad, 9.9.2020

Carl Fredrik Haaland

Leder SIFER

Innhold

Sammendrag.....	1
1. OM RAPPORTEN	2
1.1. Bakgrunn for statusrapporten.....	2
1.2. Gjennomføring av undersøkelsen.....	2
1.3. Personvern	3
1.4. Om norsk sikkerhetspsykiatri	3
2. RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN	4
2.1. Organisering.....	4
2.1.1. Helse Sør-Øst	5
2.1.2. Helse Vest	6
2.1.3. Helse Midt-Norge	6
2.1.4. Helse Nord	7
2.2. Behandlingskapasitet.....	9
2.2.1. Planlagte fremtidige endringer.....	11
2.3. Behandlingsforløp.....	11
2.4. Pasientpopulasjon.....	13
2.4.1. Juridisk grunnlag for innleggelse	13
2.4.2. Diagnoser	14
2.4.3. Vold og kriminalitet	15
2.4.4. Selvskading og suicidalitet	15
2.4.5. Rusmisbruk og farlige gjenstander	16
2.4.6. Øvrig	16
2.5. Innleggelse etter strafferettslig grunnlag.....	16
2.5.1. Gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.....	16
2.5.2. Gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner	18
2.5.3. Gjennomføring av varetektssurrogat	18
2.6. Bemanning og kompetanse.....	18
2.6.1. Årsverk	18
2.6.2. Kompetanse på diagnostikk og utredningsverktøy	19
2.7. Bygningsmessige forhold.....	21
3. DISKUSJON	21
3.1. Organisering og behandlingskapasitet	21
3.1.1. Innleggelser etter strafferettslig grunnlag opptar et økende antall døgnplasser.....	23
3.1.2. Modeller for videre oppfølging av sikkerhetspsykiatriske pasienter	25
3.1.3. Enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå	25
3.2. Pasientpopulasjonen	26
3.3. Bemanning og kompetanse.....	26
3.4. Bygningsmessige forhold.....	27
4. ANBEFALINGER FOR FREMTIDIGE STATUSRAPPORTER.....	28
5. LITTERATUR.....	29
6. VEDLEGG	30

Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å dokumentere utviklingstrekk og status ved norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger, særlig med hensyn til organisering og kapasitet, kompetanse, diagnostikk og utredningsverktøy, men også andre relevante forhold for den sikkerhetspsykiatriske helsetjenesten. Tre ulike spørreskjemaer ble sendt til alle sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Norge i januar 2020, og metoden var dels en tverrsnittsundersøkelse og dels en retrospektiv rapportering av utvalgte virksomhetsparametre for 2019.

I 2019 var det 15 helseforetak som hadde sikkerhetspsykiatriske tjenester. Driften var fordelt på tre regionale avdelinger med seks døgnenheter, og 15 lokale avdelinger med 19 døgnenheter, i alt 18 avdelinger med 25 døgnenheter. Enhetene hadde til sammen 220 døgnplasser. Antall døgnplasser per 100 000 innbyggere i Norge har de siste ti årene ligget på litt i overkant av 4, men rapporten gir ikke grunnlag for å fastslå hva som er det optimale dekningsstallet for dagens behov. Mangelfulle systemer for henvisninger og ventelister gjør at vi kan si lite om kapasitet sett opp mot etterspørsel. Kapasiteten varierer mellom helseforetak og helseregioner, fra null per 100 000 innbygger ved Helse Førde, til 7,0 per 100 000 innbygger ved Nordlandssykehuset. Belegget varierer fra 58 % og ledig beredskapskapasitet, til 147 % og betydelig overbelegg.

Andelen pasienter med schizofrenidiagnose som hoveddiagnose har økt fra om lag halvparten av pasientpopulasjonen i 2005, til 3/4 av pasientpopulasjonen i 2019. Pasienter med schizofreni som hoveddiagnose har også en større andel av pasienter med rusmisbruk, enn for pasientgrupper med andre hoveddiagnoser. Lovendringer initiert av justissektoren har endret pasientsammensetningen, og sikkerhetspsykiatriske plasser blir i større grad belagt av personer innlagt etter ulike strafferettslige grunnlag. Dette legger beslag på sengeplasser i det psykiske helsevernet i en tid hvor det totale antallet sengeplasser blir færre år for år, noe som igjen setter hele det psykiske helsevernet, inkludert sikkerhetspsykiatrien, under press. I tillegg strever flere avdelinger med uhensiktsmessig og utslitt bygningsmasse, som verken ivaretar behandlings- eller sikkerhetsbehov.

1. OM RAPPORTEN

Helsedirektoratet har et følge-med ansvar for at pasienter i sikkerhetspsykiatrien får tilgjengelige og adekvate tilbud om observasjon, utredning, behandling og vurdering av rett behandlingsnivå, samtidig som samfunnsvernet må sikres på en tilfredsstillende måte. For å kunne ivareta denne oppgaven har Helsedirektoratet behov for jevnlig oppdatert kunnskap fra praksisfeltet.

1.1. Bakgrunn for statusrapporten

Etter opphør av sikringsinstituttet og innføring av en strafferettslig særreaksjon for psykotiske lovbrøtere i 2002, ble det foreslått å øke behandlingsskapiteten i sikkerhetspsykiatrien. Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gjennomførte derfor en behovsvurdering som ble presentert i rapporten *Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005*. En tilsvarende undersøkelse ble gjentatt i 2008. Siden den gang er det gjennomført sykehussammenslåinger, endringer i kapasitet og omfordeling av oppgaver. Helsedirektoratet ga derfor kompetansesenternettsverket for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) i oppdrag å gjennomføre en ny undersøkelse i 2015. Rapporten ga viktig informasjon om status og utvikling innen fagfeltet, og har vært et sentralt grunnlagsdokument for planlegging og strategiarbeid for sikkerhetspsykiatrien. Myndighetene anser det som nødvendig å få jevnlig oppdatert informasjon om norsk sikkerhetspsykiatri, og har i oppdragsbrev av 7.6.2019 bedt SIFER om å gjennomføre en ny undersøkelse. Resultatene presenteres i denne rapporten.

1.2. Gjennomføring av undersøkelsen

Denne undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av en spørreundersøkelse til fagfeltet, samt informasjonsinnhenting fra relevante kilder.

Spørreundersøkelsen var dels en tverrsnittsundersøkelse og dels en retrospektiv undersøkelse av utvalgte parametere for driftsåret 2019, og noe for perioden 2015-2019. Materialet for undersøkelsen var landets 25 enheter innen sikkerhetspsykiatri og de innskrevne pasientene på dagen for tverrsnittsundersøkelsen (31.12.2019). Denne rapporten omhandler deskriptive data, presentert i form av tekst, tall, prosentandeler og tabeller.

Det ble utarbeidet tre spørreskjema; ett om *ledelse*, ett om *behandling* og et om anonymiserte *pasientopplysninger*. Som forberedelse til datainnsamlingen ble det sendt forespørsel til 15 lokale sikkerhetsavdelinger og tre regionale sikkerhetsavdelinger om deltagelse. Ansvarspersoner på avdelingsnivå eller klinikknivå ga informasjon om hvem som skulle svare på spørreundersøkelsene. Det ble utvalgt to respondenter per enhet; en leder og én spesialist i psykiatri. I tillegg fikk vi navn på samtlige spesialister med faglig ansvar for pasienter innlagt i de aktuelle avdelingene. Informasjon om oppdraget fra Helsedirektoratet og spørreundersøkelsen ble sendt til de innmeldte personenes ledere, slik at arbeidet skulle bli forankret i linjen. Respondentene mottok deretter en internettnettbasert spørreskjemaundersøkelse i Questback. Der hvor det manglet svar på viktige spørsmål, ble respondentene i ettertid kontaktet via e-post eller telefon for oppklaringer. Informasjon fra fire av de innrapporterte avdelingene er ikke inkludert i rapporten, da disse ikke faller inn under definisjonen sikkerhetspsykiatrisk avdeling.

Det ble sendt ut tre ulike spørreskjemaer til totalt 68 respondenter. Noen respondenter svarte på flere enn én undersøkelse.

- 1) Spørreskjema «Leder» ble sendt til 28 ledere. Spørreskjemaet hadde 62 spørsmål, fordelt på følgende kategorier:
 - a. Informasjon om enheten

- b. Opptaksområde
- c. Innleggelser og utskrivninger
- d. Judisielle døgnobservasjoner
- e. Ventetid
- f. Belegg og behandlingstid
- g. Personell
- h. Opplæring og kompetanse
- i. Personskade
- j. Enhetens fysiske utforming

Vi mottok 29 svar. Fire av disse ble tatt ut av undersøkelsen, da bevarelsene ikke var på vegne av avdelinger som var definert som sikkerhetsavdelinger, se kapittel 2.1. Spørreskjema «Leder» er besvart av 100 %.

- 2) Spørreskjema «Behandler» ble sendt til 29 spesialister i psykiatri. Spørreskjemaet hadde 42 spørsmål, fordelt på følgende kategorier:
- a. Informasjon om enheten
 - b. Belegg
 - c. Innleggelseskriterier
 - d. Statsborgerskap
 - e. Pasientsirkulasjon
 - f. Utredningsverktøy
 - g. Voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering
 - h. Rus og farlige gjenstander
 - i. Rømninger, gisselsituasjoner, skjerming og isolat

Vi mottok 27 svar. To av disse ble tatt ut av undersøkelsen, da bevarelsene ikke var på vegne av avdelinger som var definert som sikkerhetsavdelinger, se kapittel 2.1. Spørreskjema «Behandler» er besvart av 100 %.

- 3) Spørreskjema «Pasientopplysninger» ble sendt til 44 faglig ansvarlige. Spørreskjemaet hadde 23 spørsmål om anonymiserte pasienter innlagt den 31.12.2019. Vi mottok 229 svar. Alle data knyttet til pasientopplysninger i denne undersøkelsen er hentet fra dette datasettet, og n = 229 når det refereres til totalt antall pasienter i undersøkelsen. Når det gjelder pasientopplysninger fra andre kilder, kan totalantallet avvike noe fra dette.

1.3. Personvern

Opplysningene vi etterspurte var en del av den informasjonen som avdelingene allerede har samlet inn om virksomheten og pasientene. Det ble ikke innhentet pasientopplysninger som ikke var kjent hos respondentene fra før. Informasjon om pasientene inneholder ikke personopplysninger og vil ikke være personidentifiserbar. Det er ikke opprettet et personregister. Undersøkelsen er tilrådd av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus HF.

1.4. Om norsk sikkerhetspsykiatri

I flere vestlige land faller funksjonene sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatrisk sakkyndighet under terminologien *rettspsykiatri* (forensic psychiatry). Sikkerhetspsykiatri er i så måte et norsk begrep. SIFER definerer sikkerhetspsykiatri som *et fagfelt som forholder seg til voldelige personer, alvorlig sinnslidende*

personer og/ eller personer som har begått overgrep som befinner seg på en sikkerhetsavdeling. Personene kan være til fare for seg selv og/ eller andre. I eksempelvis Sverige og Danmark har rettspsykiatrien egen lovgivning som styrer behandling i sykehus av personer med alvorlig psykisk lidelse, samtidig med voldsproblematikk og eventuell kriminalitet. Opphold i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger reguleres av både sivilrettslig og strafferettslig lovverk.

Lov om psykisk helsevern utgjør det sivilrettslige lovverket. Loven trådte i kraft 1.1.2001, og var tenkt som det lovmessige rammeverket for behandling av psykisk syke i Norge. Imidlertid foreligger det også flere strafferettslige grunnlag for opphold i psykiatriske institusjoner, bl.a. dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, varetektssurrogat og judicielle døgnobservasjoner. Dom til tvungent psykisk helsevern er en strafferettslig særreaksjon hjemlet i straffeloven § 62. Gjennomføringen av det strafferettslige tvungne psykiske helsevernet er regulert i et eget kapittel i lov om psykisk helsevern. Varetektssurrogat er regulert i straffeprosessloven § 188, mens judisiell døgnobservasjon er regulert i straffeprosessloven § 167. Alle disse tre strafferettslige grunnlag for opphold i det psykiske helsevernet har til felles at behandling ikke er deres primærformål, til tross for at dom til tvungent psykisk helsevern forutsetter behandling. Innleggelse etter dom til tvungent psykisk helsevern og varetektssurrogat kan i tillegg besluttes av domstolene uten helsevesenets samtykke.

Innføring av psykisk helsevernlovens kapittel 4A i 2012, styrket de regionale sikkerhetsavdelingenes mulighet til å ivareta sikkerheten til pasienter og ansatte, og dermed også styrke samfunnsvernet. Bl.a. fikk de regionale avdelingene anledning til rutinemessig ransaking, adgangskontroll og nattelåsing av pasientrom. I tillegg ble det gitt anledning til etablering av enhet for særlig høyt sikkerhet, for de tilfeller hvor det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter, helsepersonell, befolkningen eller myndighetspersoner. Slik lovhjemmel har ikke de lokale sikkerhetsavdelingene, ei heller øvrige psykiatriske helseinstitusjoner i Norge (eksempelvis akuttpsykiatriske avdelinger), som i ulike faser av behandlingen ivaretar den samme pasientgruppen.

2. RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN

Funnene fra undersøkelsen er fordelt på følgende temaer: Organisering, behandlingsforløp, behandlingsskapitet, pasientpopulasjon, innleggelse etter strafferettslig grunnlag, bemanning og kompetanse, og bygningsmessige forhold. Avslutningsvis følger en diskusjon med fokus på relevante funn.

2.1. Organisering

I Norge var det ved årsskiftet 2019/2020 tre regionale sikkerhetsavdelinger (seks enheter; tre i Helse Sør-Øst, en i Helse Vest og to i Helse Midt-Norge) fordelt på fire regionale helseforetak, og 19 lokale sikkerhetsavdelinger, fordelt på 15 lokale helseforetak. Sikkerhetsavdelinger med flere enn én enhet var Oslo universitetssykehus (tre enheter), Sykehuset Østfold (to enheter) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (to enheter).

Nedenfor følger en oversikt over sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud i norske sykehus. Det er fem sykehus som har områdefunksjon innen psykisk helsevern, men som ikke har egne sikkerhetspsykiatriske døgnplasser. Det fremgår av oversikten hvem som har avtale med andre helseforetak om bruk av sikkerhetspsykiatriske døgnplasser, og hvem som henviser i henhold til regelverk om gjestepasienter.

2.1.1. Helse Sør-Øst

Sykehuset Østfold har Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering med **Sikkerhetsseksjon 1** på Kalnes med åtte døgnplasser og **Sikkerhetsseksjon 2** med åtte døgnplasser, og et ambulant team som i hovedsak følger opp sikkerhetspasienter som mottar behandling uten døgnopphold. Opptaksområdet er tidligere Østfold fylke og Vestby kommune i tidligere Akershus fylke.

Sykehuset Innlandet har Avdeling for Akuttpsykiatri og psykosebehandling med **Enhet for sikkerhetspsykiatri** på Reinsvoll med 13 døgnplasser og tre treningshybler tilknyttet enheten. Opptaksområdet er Hedmark og Oppland fylker, med unntak av Kongsvingerregionen.

Akershus universitetssykehus har Avdeling Spesialpsykiatri med **Sikkerhetsseksjon B** med åtte døgnplasser. I tillegg benytter AHUS ti døgnplasser i Lokal sikkerhetsenhet A ved Oslo universitetssykehus. Opptaksområdet er øvre og nedre Romerike, Follo, Kongsvingerregionen, samt bydelene Grorud, Alna og Stovner i Oslo.

Lovisenberg og Diakonhjemmet har ikke eget sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud og henviser pasienter med denne problematikken til Oslo universitetssykehus. Opptaksområdet er bydelene Vestre Aker, Ullern, Frogner, Grünerløkka, Gamle Oslo, St. Hanshaugen og Sentrum.

Oslo universitetssykehus har Klinikk for psykisk helse og avhengighet med **Regional sikkerhetsseksjon (RSA)** på Dikemark med **Intensivpsykiatrisk døgnenhet** med syv døgnplasser (hvorav to beredskaps plasser), **Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet** med ni døgnplasser, og **Rettspsykiatrisk døgnenhet** med seks døgnplasser. Opptaksområdet er Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus har også lokale sikkerhetsenheter på Gaustad og Dikemark. På Gaustad ligger **Lokal sikkerhetsenhet A** med ti døgnplasser som betjener Akershus universitetssykehus (se over) og **Lokal sikkerhetsenhet B** med ti døgnplasser som betjener Lovisenberg og Diakonhjemmet (se over), samt bydel Bjerke. På Dikemark ligger **Lokal sikkerhetsenhet C** med ti døgnplasser som betjener Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde (bydelene Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Sagene og marka), med unntak av bydel Bjerke som sokner til enhet B på Gaustad. I Oslo universitetssykehus er også **Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst**.

Vestre Viken har Psykiatrisk avdeling Blakstad med **Sikkerhetsseksjon Blakstad** i Asker med tolv døgnplasser, og Sikkerhetspoliklinikken for polikliniske og ambulante tjenester. Opptaksområdet er tidligere Buskerud fylke og kommunene Asker, Bærum, Sande, Svelvik og Jevnaker.

Sykehuset i Vestfold har Psykiatrisk fylkesavdeling med **Sikkerhetsposten** på Sem utenfor Tønsberg. Enheten har ti døgnplasser, en treningsleilighet og en spesialpoliklinikk som jevnt over har 15 polikliniske pasienter som har åpen retur til døgnenheten. Opptaksområdet er tidligere Vestfold fylke.

Sykehuset Telemark har Psykiatrisk sykehusavdeling med **Seksjon for sikkerhetspsykiatri** i Skien med ni døgnplasser. Seksjonen har også ansvar for ti dagpasienter som følges opp i egen bolig. Opptaksområdet er tidligere Telemark fylke.

Sørlandet sykehus har Psykiatrisk sykehusavdeling med **Sikkerhetsenheten** i Kristiansand med ti døgnplasser. Enheten har ikke poliklinisk eller ambulant tilbud, men tilbyr ambulante tjenester ved krevende pasientforløp. Opptaksområdet er Agderfylkene.

2.1.2. Helse Vest

Helse Stavanger har Seksjon sikkerhetspsykiatri med **Sikkerhetspost A1** i Stavanger med ti døgnplasser. Sikkerhetsposten har tett samarbeid med Eiketun, som har fem hybelplasser til rehabiliteringsoppgaver for fortrinnsvis domfelte pasienter. Disse følges opp av sikkerhetsposten og er innlagt til behandling uten døgnopphold. Opptaksområdet er den sørlige delen av Rogaland fylke.

Helse Fonna har Seksjon for spesialisert behandling med **Eining for sikkerhetspsykiatri** på Valen sjukehus med ni døgnplasser for mannlige pasienter. Helse Fonna har også **Eining for sikkerhetspsykiatri og rehabilitering** med åtte døgnplasser, hvorav to plasser for kvinnelige sikkerhetspasienter og øvrige plasser til forsterket rehabilitering. Opptaksområdet er den nordlige delen av Rogaland fylke og noen kommuner i tidligere Hordaland fylke.

Helse Bergen har Klinikken sikkerhetspsykiatri med **Regional sikkerhetspost** i Sandviken med ti døgnplasser som betjener Helse Vest RHF. Helse Bergen har også **Lokal sikkerhetspost** med åtte døgnplasser¹. Opptaksområde er store deler av tidligere Hordaland fylke, samt Gulen kommune i tidligere Sogn og Fjordane fylke. I Helse Bergen er også **Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Vest**.

Helse Førde hadde en sikkerhetsenhet med åtte plasser, etter hvert seks plasser, inntil den ble nedlagt i 2013. Helse Førde har for tiden ikke eget lokalt sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, og søker om innleggelse ved sikkerhetsavdelingen i Helse Bergen ved behov. Helseforetaket har et ambulant sikkerhetsteam. Opptaksområdet er tidligere Sogn og Fjordane fylke, med unntak av Gulen kommune.

2.1.3. Helse Midt-Norge

Helse Møre og Romsdal har Avdeling for sjukehuspsykiatri med **Seksjon Lokal sikkerhetspsykiatri HMR** i Ålesund med seks døgnplasser. Opptaksområdet er Møre og Romsdal fylke.

St. Olavs Hospital har **Avdeling Brøset** med to regionale og en lokal sikkerhetsavdeling. De regionale enhetene, **Post A** og **Post B**, har fem døgnplasser hver og betjener Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. **St. Olavs Hospital** sin lokale sikkerhetsenhet, **Post C**, har seks døgnplasser. Opptaksområdet for regionsfunksjonen er fylkene Møre og Romsdal og Trøndelag. Dersom Brøset mottar pasienter fra Helse Nord til de regionale enhetene, faller disse utenfor opptaksområdet og er gjestepasienter mot betaling. Opptaksområdet for den lokale funksjonen er tidligere Sør-Trøndelag fylke, med unntak av Osen kommune. I tillegg skal de seks lokale sikkerhetsplassene dekke behovet til Helse Nord-Trøndelag for lokale sikkerhetsplasser. I St. Olavs Hospital er også **Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Midt-Norge**.

¹ Betanien Sykehus er et privat sykehus med driftsavtale med Helse Vest, og tilbyr spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for voksne for bydeler i Bergen kommune (Fyllingsdalen og Laksevåg) med om lag 53 000 innbyggere. Sykehuset har ikke sikkerhetspsykiatriske plasser, og henviser pasienter med slikt behandlingsbehov til Helse Bergen.

Helse Nord-Trøndelag har ikke eget sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, og henviser pasienter ved behov til Regional sikkerhetsavdeling ved St. Olavs Hospital. Opptaksområdet er tidligere Nord-Trøndelag fylke, Osen kommune i tidligere Sør-Trøndelag og Bindal kommune i Nordland fylke.

2.1.4. Helse Nord

Helgelandssykehuset har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, og henviser pasienter med denne problematikken til Nordlandssykehuset. Opptaksområdet er Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana i Nordland fylke.

Nordlandssykehuset har Spesialpsykiatrisk avdeling med **Sikkerhetsenheten** på Rønvik med 15 døgnplasser. Opptaksområdet er Salten, Lofoten og Vesterålen i Nordland fylke. I tillegg skal Nordlandssykehuset dekke behovet til Helgelandsykehuset for lokale sikkerhetsplasser. Seks kommuner i Ofoten i nordre Nordland søker til Universitetssykehuset Nord-Norge, se under.

Universitetssykehuset i Nord-Norge har **Seksjon for sikkerhetspsykiatri** med to enheter på Åsgård; **Sikkerhetspsykiatri Døgnbehandling** med syv lukkede døgnplasser, og **Sikkerhetspsykiatri Rehabilitering** med syv døgnplasser og tre treningsleiligheter tilknyttet enheten. I tillegg skal Universitetssykehuset i Nord-Norge dekke behovet til Finnmarkssykehuset for lokale sikkerhetsplasser. Opptaksområdet er de tidligere fylkene Troms og Finnmark, og seks kommuner i Ofoten i nordre Nordland. I Universitetssykehuset i Nord-Norge er også det nyopprettede **Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Nord**. Kompetansesenteret ble opprettet i 2018 og har per juni 2020 syv ansatte.

Finnmarkssykehuset har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud og henviser pasienter med denne problematikken til Universitetssykehuset Nord-Norge. Opptaksområdet er tidligere Finnmark fylke.

Tabell 1 gir en samlet oversikt over sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i norske helseforetak.

Tabell 1: Antall sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i norske helseforetak i 2005, 2008, 2015 og 2019.

Regionalt helseforetak	Lokalt helseforetak	Døgnplasser	Døgnplasser	Døgnplasser	Døgnplasser
		2005	2008	2015	2019
TOTALT ANTALL REGIONALE OG LOKALE DØGNPLASSER		229	201	214	220
REGIONALE DØGNPLASSER					
Helse Sør-Øst	Oslo universitetssykehus	34	22	20	22
Helse Vest	Helse Bergen	10	10	10	10
Helse Midt-Norge	St. Olavs hospital	10	10	10	10
Helse Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge	0	0	0	0
TOTALT ANTALL REGIONALE DØGNPLASSER		54	42	40	42
LOKALE DØGNPLASSER					
Helse Sør-Øst	Sykehuset Østfold	12	16	16	16
	Sykehuset Innlandet	19	19	11	13
	Akershus universitetssykehus	0	0	8	8 ⁽¹⁾
	Lovisenberg/Diakonhjemmet	0	0	0	0 ⁽¹⁾
	Ullevål universitetssykehus	0	0	Oslo universitetssykehus	30
	Aker universitetssykehus	22	16		
	Sykehuset Asker og Bærum, Blakstad	11	9	Vestre Viken	12
	Sykehuset Buskerud, Lier	6	6		
	Sykehuset i Vestfold	8	8	10	10
	Sykehuset Telemark	9	9	9	9
	Sørlandet sykehus	10	10	10	10
	Helse Sør-Øst		97	93	106
Helse Vest	Helse Stavanger	10	15	10 (+5) ⁽²⁾	10
	Helse Fonna	10	9	11 (+1) ⁽³⁾	11
	Helse Bergen	10	0 ⁽⁴⁾	8	8
	Helse Førde	8	8	0	0
	Helse Vest	38	32	29 (+6)	29
Helse Midt-Norge	Helse Møre og Romsdal	18 ⁽⁵⁾	6	6	6
	St. Olavs Hospital	8	8	6	6
	Helse Nord-Trøndelag	-	-	-	-
	Helse Midt-Norge	26	14	12	12
Helse Nord	Helgelandssykehuset	-	-	-	-
	Nordlandssykehuset	6	6	15	15
	Universitetssykehuset i Nord-Norge	8	14	12	14
	Finnmarkssykehuset	-	-	-	0
	Helse Nord	14	20	27	29
TOTALT ANTALL LOKALE DØGNPLASSER		175	159	174 (+6)	178

1) Oslo universitetssykehus har til sammen 30 lokale sikkerhetspsykiatriske døgnplasser, hvorav tolv plasser disponeres av Oslo universitetssykehus, ti plasser disponeres av AHUS og åtte plasser disponeres av Lovisenberg/Diakonhjemmet.

2) (5) = Eiketun med fem hybelplasser til rehabiliteringsoppgaver. Tilbudet eksisterer fortsatt ved årsskiftet 2019/2020, men i Statusrapport 2019 anser vi ikke dette som sikkerhetsplasser, men som lokale løsninger for den aktuelle pasientgruppen.

3) (1) = Helse Fonna med prosjektorganisert Spesialeining for barn / unge med én plass.

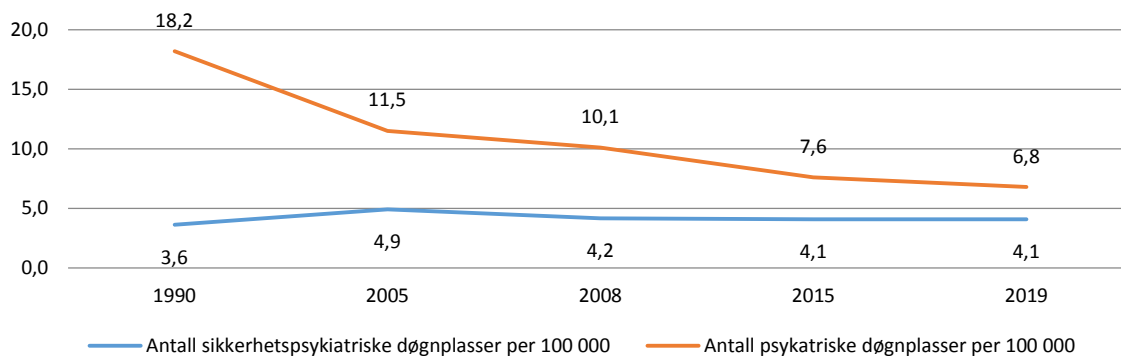
4) I mars 2007 ble den fylkesdekkende sikkerhetsavdelingen ved Haukeland universitetssykehus (Sandviken) i Bergen (ti plasser) midlertidig stengt, og en midlertidig avlastningspost med fem plasser ble opprettet ved Valen sjukehus, Helse Fonna, for å dekke behovet for fylkesdekkende døgnplasser i tidligere Hordaland fylke.

5) Åtte sikkerhetsplasser på Hjelset og ti «skjermingsplasser» i Ålesund. De ti plassene i Ålesund ble etter hvert «forsterket rehabilitering», og siden sikkerhetsplasser. De åtte sikkerhetsplassene på Hjelset ble lagt ned.

2.2. Behandlingskapasitet

Fra tiden etter nedleggelse av Reitgjerdet (1987) og frem til i dag, har antall døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien ligget på et nivå mellom 3,6 og 4,9 per 100 000 innbygger. Etter en reduksjon i perioden 2005–2008, har antall døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien per 100 000 innbygger vært relativt stabilt gjennom de tolv siste årene. Samtidig har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet som en helhet blitt redusert fra 7745 i 1990 til 3649 i 2019 (www.ssb.no, tabell 06922), og fra 18,2 døgnplasser per 100 000 innbygger i 1990 til 6,8 i 2019, se Figur 1. Reduksjonen i antall døgnplasser gjelder med andre ord for døgnplasser i allmennpsykiatrien. Dette har skjedd samtidig med Opptappingsplanen for psykisk helse (1998–2006), som hadde som mål å sikre hele befolkningen nødvendig tilgang til helsetjenester, uavhengig av alder, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn, økonomi og geografiske forhold. I perioden er bruken av institusjonspsykiatri med døgninnleggelse ved de store helseforetakene redusert, og det gjort en forskyvning av plassene i det psykiske helsevernet, hvor tilbudet er desentralisert og det polikliniske tilbudet styrket. Opptappingsplanens mål var å gå fra 6280 døgnplasser i 1996 til 6565 i 2006. Det reelle tallet i 2006 var på 4990, en nedgang på 1290 døgnplasser. (Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009))

Figur 1: Antall døgnplasser per 100 000 innbyggere i norsk psykiatri 1990-2019



Kapasiteten for døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien var i 1990 på 155 døgnplasser. I 2019 var antallet økt til 220. Se Tabell 2 for utviklingen av antall regionale og lokale sikkerhetsplasser i perioden 1980 til 2019.

Tabell 2: Utvikling av kapasitet i sikkerhetspsykiatrien fra nedleggelse av Reitgjerdet til 2019

År	Reitgjerdet 1980	1990	2005	2008	2015	2019
Befolkning ⁽¹⁾	4 078 900	4 247 546	4 640 219	4 799 252	5 213 985	5 365 194
Regionale døgnplasser		53 (1,2)	54 (1,2)	36 (0,8)	40 (0,8)	42 (0,8)
Lokale døgnplasser		102 (2,4)	175 (3,8)	165 (3,4)	174 (3,3)	178 (3,3)
Totalt antall døgnplasser	Normert: 220 (5,4) ⁽²⁾ I bruk: 88 (2,2)	155 (3,6)	229 (4,9)	201 (4,2)	214 (4,1)	220 (4,1)

1) Befolkningstallene er hentet fra SSB

2) Kilde: Robak-utvalget 1980. Antall plasser per 100 000 er regnet ut i fra befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå. Robak-utvalget viser til 5,5 normerte døgnplasser per 100 000, se Robak-utvalgets innstilling, side 17. Diskrepansen kan muligens skyldes at det på den tiden tok noe tid før man hadde tilgang på oppdaterte befolkningstall.

I 2019 var dekningsgraden for sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i Norge på 4,1 per 100 000 innbyggere. Det er stor variasjon i dekningsgraden mellom helseforetakene som har sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, med en spredning på fra 1,3 til 7,0 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Se Tabell 3 for befolkning og dekningsstall for døgnkapasitet for de ulike helseforetakene og helseregionene.

Tabell 3: Kapasitet døgnplasser sikkerhetspsykiatri 2019

Helseforetak	Befolkning ⁽¹⁾	Døgnplasser	Døgnplasser per 100 000
TOTALT ANTALL REGIONALE OG LOKALE DØGNPLASSER	5 365 194	220	4,1
REGIONALE DØGNPLASSER			
Helse Sør-Øst	3 030 284	22	0,7
Helse Vest	1 116 423	10	0,9
Helse Midt-Norge	735 366	10	0,8
Helse Nord ⁽²⁾	483 121		
TOTALT ANTALL REGIONALE DØGNPLASSER	5 365 194	42	0,8
LOKALE DØGNPLASSER			
Sykehuset Østfold	318 154	16	5,0
Sykehuset Innlandet	338 965	13	3,8
Akershus universitetssykehus	577 604	18 ⁽³⁾	3,1
Lovisenberg/Diakonhjemmet	305 505	8 ⁽⁴⁾	2,6
Oslo universitetssykehus	274 779 ⁽⁵⁾	12 ⁽⁶⁾	4,4
Vestre Viken	498 684	12	2,4
Sykehuset Vestfold	236 007	10	4,2
Sykehuset Telemark	173 355	9	5,2
Sørlandet sykehus	307 231	10	3,3
Helse Sør-Øst	3 030 284	108	3,6
Helse Stavanger	371 121	10	2,7
Helse Fonna	179 559	11	6,1
Helse Bergen	459 636	8	1,7
Helse Førde	106 107	0	0
Helse Vest	1 116 423	29	2,6
Helse Møre og Romsdal	266 801	6	2,2
St. Olavs Hospital	331 935	6	1,3 ⁽⁷⁾
Helse Nord Trøndelag	136 630 ⁽⁷⁾	- ⁽⁸⁾	-
Helse Midt-Norge	735 366	12	1,6
Helgelandssykehuset	75 492 ⁽⁹⁾	- ⁽¹⁰⁾	-
Nordlandssykehuset	138 068	15	7,0 ⁽⁹⁾
Universitetssykehuset Nord-Norge	194 089	14	5,2 ⁽¹¹⁾
Finnmarkssykehuset	75 472 ⁽¹¹⁾	- ⁽¹²⁾	-
Helse Nord	483 121	29	6,0
TOTALT ANTALL LOKALE DØGNPLASSER	5 365 194	178	3,3

1) Kilde: SSB. Befolkningsstatistikk per 31.12.2019, se vedlegg. UFB i Oslo kommune (n=2386) er ikke iberegnet i befolkningsgrunnlaget.

2) Helseforetak i Helse Nord henviser pasienter til regionale døgnplasser ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge ved behov.

3) Akershus universitetssykehus har åtte døgnplasser og benytter i tillegg ti døgnplasser ved Oslo universitetssykehus på Gaustad, dvs 18 plasser totalt

4) Lovisenberg/Diakonhjemmet benytter åtte plasser ved Oslo universitetssykehus på Gaustad

5) Befolkningsgrunnlag for lokalsykehusfunksjoner

6) Oslo universitetssykehus har til sammen 30 lokale sikkerhetspsykiatriske døgnplasser hvorav tolv plasser disponeres av Oslo universitetssykehus, ti plasser disponeres av AHUS og åtte plasser disponeres av Lovisenberg/Diakonhjemmet.

7) opptaksområde for Helse Nord-Trøndelag innberegnes i befolkningsgrunnlaget for St. Olavs Hospital, når antall plasser per 100 000 regnes ut

8) henviser sikkerhetspsykiatriske pasienter til St. Olavs Hospital

9) opptaksområde for Helgelandssykehuset innberegnes i befolkningsgrunnlaget for Nordlandssykehuset, når antall plasser per 100 000 regnes ut

10) henviser sikkerhetspsykiatriske pasienter til Nordlandssykehuset

11) opptaksområde for Finnmarkssykehuset innberegnes i befolkningsgrunnlaget for Universitetssykehuset Nord-Norge, når antall plasser per 100 000 regnes ut

12) henviser sikkerhetspsykiatriske pasienter til Universitetssykehuset Nord-Norge

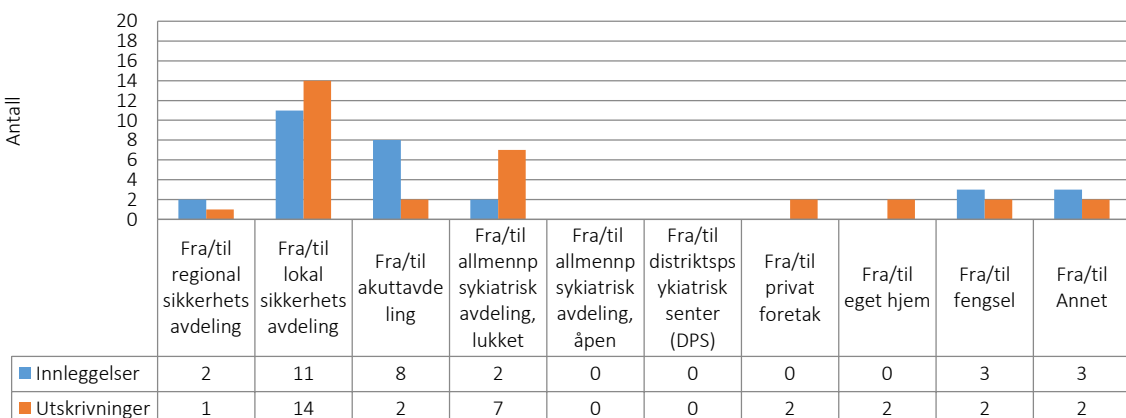
2.2.1. Planlagte fremtidige endringer

Av de 25 enhetene i undersøkelsen, opplyste tolv at de har aktuelle planer for omstilling, endring av kapasitet eller lignende. Avdelingene ved St. Olavs Hospital og Akershus universitetssykehus skal inn i nybygg, hhv i 2021 og 2025/26. Sørlandet sykehus og Sykehuset Telemark planlegger oppstart/utvidelse av poliklinisk virksomhet. Ved Sykehuset Østfold planlegges felles ledelse for de to sikkerhetsenhetene. Helse Nord RHF skal i 2020 etablere fem regionale plasser; tre ved Universitetssykehuset i Nord-Norge og to ved Nordlandssykehuset. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge vil økning i antall døgnplasser medføre etablering av ytterligere en enhet, med tre regionale døgnplasser og to lokale døgnplasser. Dagens enheter vil da redusere til seks døgnplasser hver. Nytt totalantall i Universitetssykehuset Nord-Norge vil bli 15 døgnplasser; tolv lokale og tre regionale. Nordlandssykehuset skal etablere to regionale døgnplasser, og reduserer samtidig med tre lokale døgnplasser. Nytt totalantall ved Nordlandssykehuset vil bli 14 døgnplasser; 12 lokale og 2 regionale. I Helse Førde har det vist seg at det ikke er tilstrekkelig å kunne anvende to sikkerhetsplasser ved sikkerhetsavdelingen i Helse Bergen, og Helse Førde har gjennom de siste årene hatt behov for å leie sikkerhetsplasser også i andre helseforetak. I 2019 leide helseforetaket i en periode fire plasser ved tre ulike lokale sikkerhetsavdelinger. Helse Førde vil derfor i løpet av 2021 opprette en psykose- og sikkerhetspost med tre sikkerhetsplasser.

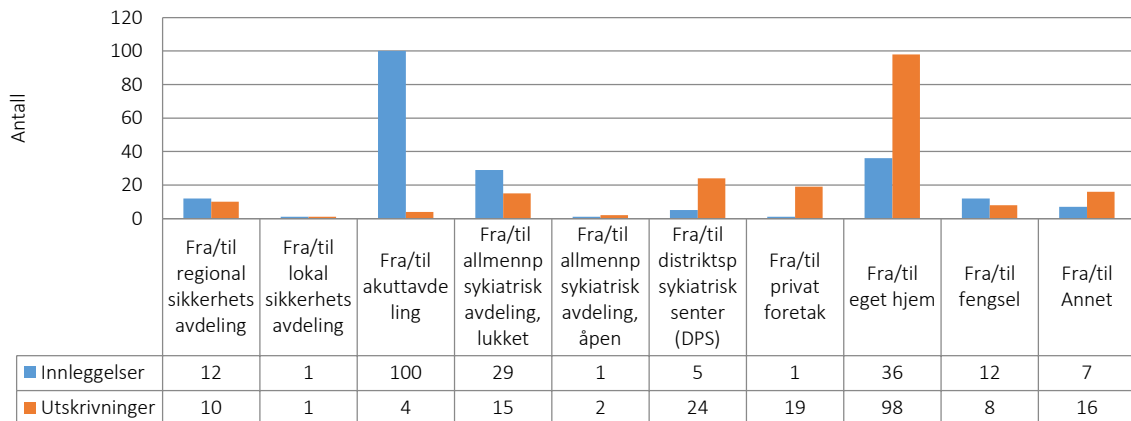
2.3. Behandlingsforløp

Det er innrapportert at sikkerhetsavdelingene i løpet av driftsåret 2019 mottok tilsammen 233 pasienter til innleggelse. Av disse var 29 til regionalt nivå og 204 til lokalt nivå, se Figur 2 og Figur 3. Tre enheter har vi ikke data fra. Det har vist seg svært vanskelig å innhente informasjon om antall henvisninger og avslag på disse. Dette av to årsaker; For det første har noen avdelinger mangelfulle systemer for slik oversikt. For det andre er det ulikheter i helseforetakene på hvordan henvisninger defineres. I mange helseforetak anses overflyttinger av pasienter mellom psykiatriske avdelinger i samme sykehus som internoverføringer. Disse genererer ikke formelle henvisninger, og registreres heller ikke. Vi har dermed ingen sikre tall på et eventuelt misforhold mellom tilbud og etterspørsel. De fleste avdelinger som oppga tall på henvisninger, rapporterer om anslagsvis 0-20 henvisninger i 2019.

Figur 2: Innleggelses og utskrivninger fra regionale sikkerhetsavdelinger 2019
(Innleggelses n=29, utskrivninger n=32)



Figur 3: Innleggelser og utskrivninger fra lokale sikkerhetsavdelinger 2019
(Innleggelser n=204, utskrivninger n=197)



Det er noe diskrepans mellom de innrapporterte tallene på innleggelser og utskrivninger mellom regionalt og lokalt nivå. Dette kan trolig forklares med mangelfull oversikt hos helseforetakene, ulik organisering, og at noen overføringer mellom regionalt og lokalt nivå, regnes som internoverføringer. Likevel er det grunn til å tro at de innrapporterte tallene gir et relativt realistisk bilde på pasientflyten mellom regionalt og lokalt nivå. Om lag 50 % av utskrivningene fra regionalt nivå, går til lokale sikkerhetsavdelinger. Dette utgjør om lag 5 % av alle innleggelsene i lokale sikkerhetsavdelinger.

Den største andelen av innleggelsene i sikkerhetspsykiatrien er fra akuttpsykiatriske avdelinger; om lag 30 % av innleggelsene til regionale avdelinger og 50 % til lokale avdelinger kommer fra akuttpsykiatrien. Om lag 50 % av alle utskrivningene fra lokalt nivå går til hjemmet. Det er særlig to helseforetak som hyppig skriver ut til hjemmet; Helse Fonna og Sykehuset Østfold, med 54 av 98 utskrivninger til hjemmet. Ofte vil oppfølging i hjemmet gjøres via et DPS. Det er derfor mulig at flere av de innrapporterte utskrivningene til hjemmet, også skulle vært registrert som utskrivninger til DPS. Alternativt følges pasientene opp ambulant fra sikkerhetsavdelingene.

Mangelfull registrering av henvisninger, medfører mangelfull oversikt over ventetid. Kun halvparten av landets sikkerhetsavdelinger har kunnet oppgi informasjon om ventetid. De innrapporterte data viser at ventetiden for innleggelse i regionale sikkerhetsavdelinger varierer fra null til 411 dager, og for lokale sikkerhetsavdelinger fra null til 199 dager. Den største andelen av avdelingene rapporterer om null dager til tre uker som korteste ventetid i 2019. Når det gjelder lengste ventetid i 2019 er det svært varierende, fra en måned til flere måneder og år.

De regionale avdelingene rapporterer om en gjennomsnittlig beleggprosent på 58 % i Helse Sør-Øst, 70 % i Helse Vest og 75 % i Helse Midt-Norge. Gjennomsnittlig beleggprosent i 2019 for de lokale avdelingene varierer fra 84 % til 147 %. Avdelingene med lavest beleggprosent har bl.a. ledig beredskapskapasitet for hasteinnleggelser, men også tidvis krevende pasienter som medfører så store ressurser, at det er nødvendig å redusere på øvrig aktivitet. Avdelingen med høyest beleggprosent følger opp et stort antall pasienter som bor utenfor sykehusområdet, men som formelt er innlagt i døgnenheten.

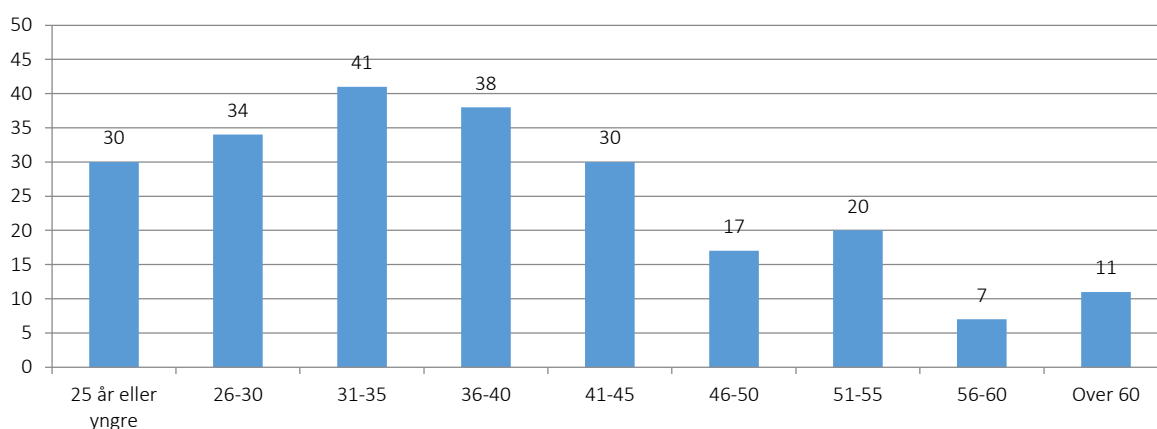
Gjennomsnittlig behandlingstid i enhetene for pågående behandlingsopphold varierte fra fem måneder til 4,5 år. Korteste behandlingstid var ett døgn. Lengste behandlingstid rapporteres å være så mye som over 20 år.

2.4. Pasientpopulasjon

Faglig ansvarlige for pasienter innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger per 31.12.2019 har levert inn data på 229 pasienter, hvorav 38 pasienter er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgntilrettelagt behandling. Dette betyr at vi har fått inn data på 191 pasienter innlagt i døgntilrettelagt behandling. Dette viser igjen at sikkerhetspsykiatrien følger opp langt flere pasienter enn antall døgnplasser tilsier.

Av de 229 innrapporterte pasientene er det 33 kvinner (14,4 %) og 196 menn (85,6 %). Pasientene fordeler seg jevnt aldersmessig, med den største andelen mellom 31 og 35 år, se Figur 4. 30 pasienter (13,1 %) er 25 år eller yngre, og elleve pasienter (4,8 %) er over 60 år. Av de 30 pasientene som er 25 år eller yngre, er 1/4 kvinner. Andelen kvinner er større i denne aldersgruppen enn i pasientpopulasjonen som en helhet. Fire pasienter var under 18 år.

Figur 4: Aldersfordeling (n=229)



1) «25 år eller yngre» inkluderer også pasienter under 18 år.

2.4.1. Juridisk grunnlag for innleggelse

Av de 229 innrapporterte pasientene var totalt 119 pasienter (52 %) underlagt tvungent psykisk helsevern etter sivilrettslig grunnlag i psykisk helsevernloven § 3-3. Av disse var 81 pasienter (35,4 %) underlagt tvungent psykisk helsevern med døgntilrettelagt opphold, og 38 pasienter (16,6 %) underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgntilrettelagt opphold.

Totalt 87 pasienter (38 %) var innlagt etter strafferettslige grunnlag. Av disse var 84 pasienter (36,7 %) underlagt dom til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62, mens tre pasienter var innlagt på varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188. Av de domfelte pasientene hadde den største andelen, med 73 pasienter (31,9 %), tidsbestemt dom, mens elleve pasienter (4,8 %) var underlagt tidsbestemt dom, se også kapittel 2.5.1.

Øvrige innleggelser (10 %) var i all hovedsak frivillige (jf phvl § 2-1). Mer enn 1/4 av pasientene hadde flere enn 20 tidligere innleggelser i det psykiske helsevernet, se Tabell 4.

Tabell 4: Antall tidligere innleggelser i psykisk helsevern

	Ingen tidligere innleggelser	1-5 innleggelser	6-10 innleggelser	11-15 innleggelser	16-20 innleggelser	Flere enn 20 innleggelser
Tidligere innleggelser i psykisk helsevern	14	58	49	28	19	61

2.4.2. Diagnoser

Den dominerende diagnoseprofilen er schizofreni, rusmiddelavhengighet og personlighetsforstyrrelse. Etter dette følger andre psykoselidelser (schizoaffektive lidelser, paranoid psykose m.m.) stemningslidelser, emosjonelle problemer og utviklingsforstyrrelser, se Tabell 5. 3/4 av pasientene har schizofreni som hoveddiagnose. Dette er en høyere andel enn både i 2005 og 2015, hvor den var på hhv 56,7 % og 65,3 %. Andelen pasienter med personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose har i samme periode gått ned. Andel pasienter med øvrige hoveddiagnoser har vært relativt stabilt.

Tabell 5: Hoveddiagnose 2015 og 2019

Hoveddiagnose	Antall 2015	%-andel 2015	Antall 2019	%-andel 2019
F10-19 Rusmiddelmisbruk / avhengighet	5 ⁽¹⁾	2,0 %	3 ⁽²⁾	1,3 %
F20 Schizofreni	162	65,3 %	171	74,7 %
F21 Schizotyp lidelse	2	0,8 %	1	0,4 %
F22 Paranoid psykose	17	6,9 %	8	3,5 %
F23 Akutte og forbigående psykoser	-	-	1	0,4 %
F25 Schizoaffektiv lidelse	13	5,2 %	17	7,4 %
F28-F29 Ikke-organisk psykose	3	1,2 %	2	0,9 %
F30-F39 Affektive lidelser	9	3,6 %	8	3,5 %
F40-F49 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	5	2,0 %	1	0,4 %
F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser	11	4,4 %	9	3,9 %
F70-F79 Lett psykisk utviklingshemming	0	-	2	0,9 %
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	7	2,8 %	4	1,7 %
Annet	14 ⁽³⁾	5,6 %	2	0,9 %
	248		229	

1) Hvorav fire pasienter med dys sosial personlighetsforstyrrelse som tilleggsdiagnose

2) Hvorav to pasienter med bipolar lidelse, dys sosial personlighetsforstyrrelse og hyperkinetiske forstyrrelser som tilleggsdiagnoser

3) Inkl. åtte pasienter uten F-diagnose og som ikke har fått døgntil behandling, men har mottatt ambulant behandling i form av sinneinstringskurs

Pasientene i sikkerhetspsykiatrien har ofte flere enn én psykiatrisk diagnose. Av de 229 innrapporterte pasientene var 152 (66,4 %) oppgitt med en, to eller flere tilleggsdiagnoser. Av de 171 pasientene med schizofrenidiagnose hadde 115 pasienter en eller flere tilleggsdiagnoser, se Tabell 6. Den vanligste kombinasjonen er schizofreni samtidig med rusmisbruk/avhengighet, som gjelder for om lag 50 % av pasientene med schizofrenidiagnose. Vi ser at andelen pasienter med schizofreni som hoveddiagnose og med rusmisbruk som tilleggsdiagnoser, har økt fra 2015 til 2019. Vi ser også en økning i «andre» tilleggsdiagnoser.

Av de 229 innrapporterte pasientene, hadde 58 andre hoveddiagnoser enn schizofreni. Av disse har tre personer rusmisbruk som hoveddiagnose. Av de 55 personene som har andre hoveddiagnoser enn schizofreni og rusmisbruk, har om lag 30 % rusmisbruk som tilleggsdiagnose. Vi ser med andre ord at om lag 2/3 av pasientene med hoveddiagnosen schizofreni har rusmisbruk som tilleggsdiagnose, mens dette kun gjelder for om lag 1/3 av pasienter med andre hoveddiagnoser.

Tabell 6: Tilleggsdiagnoser for pasienter med schizofrenidiagnose som hoveddiagnose 2015 og 2019.

Diagnose	%-andel 2015 (n=162)	%-andel 2019 (n=171)
Rusmisbruk/avhengighet	50,0 %	57,3 % ⁽²⁾
Personlighetsforstyrrelser	10,5 % ⁽¹⁾	14,0 %
Utviklingsforstyrrelser	2,5 %	3,5 %
Psykisk utviklingshemming	2,5 %	4,1 %
Posttraumatisk stresslidelse	0,6 %	1,2 %
Annet	1,2 %	12,8 % ⁽³⁾
Ingen tilleggsdiagnose	32,7 %	32,7 %

1) Diagnosegruppene dyssosial personlighetsforstyrrelse / personlighetstrekk, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse / personlighetstrekk og vedvarende personlighetsforstyrrelse etter katastrofale livshendelser fra 2015 er lagt sammen i denne tabellen.

2) Noen av respondentene har valgt å registrere blandet rusmisbruk med én diagnose (F 19.-). Andre har presisert hver type rusmiddel. I denne oversikten er pasient med rusmiddelmisbruk registrert som ett tilfelle.

3) Herunder bl.a. ADHD, organisk lidelse, angstlidelse og somatiske diagnoser

GAF-S og GAF-F er mål på pasientens symptomintensitet og funksjonsnivå og måles fra 0 – 100, hvor 100 betyr minst symptomer og best fungering. For de innrapporterte pasientene varierte GAF fra 15 til 90, altså en heterogen pasientgruppe med hensyn til lidelsestrykk og fungeringsevne. Gjennomsnittlig GAF-S var på 40 og GAF-F på 39.

2.4.3. Vold og kriminalitet

Det er innrapportert at om lag 3/4 av pasientene har utøvd fysisk vold i institusjon, forut for den aktuelle innleggelsen. Når det gjelder trusler om fysisk vold under den aktuelle innleggelsen, rapporteres det om null til utallige hendelser i avdelingene i 2019. For 1/4 av pasientene er det rapportert om 1-10 hendelser med trusler om vold. For syv pasienter rapporteres det om 50 til 250 hendelser per pasient i 2019. Tallet er trolig underrapportert. Det er kjent i sikkerhetspsykiatrien at det for pasienter som hyppig uttrykker trusler om vold (gjerne flere ganger per vakt), sjelden blir rapportert som mer enn en avvikshendelse² per vakt. I tillegg blir en del av truslene tolerert av de ansatte og sett på som «en del av jobben», noe som igjen fører til at det ikke meldes som avvik. Det er rapportert inn 37 hendelser hvor pasienter utøver vold mot andre pasienter. Det rapporteres om flere hundre hendelser med vold mot personalet eller andre personer. Vi har ikke eksakte tall på dette.

Mer enn 95 % av pasientene har tidligere historikk med kriminell atferd og/eller domfellelser utenfor institusjon forut for den aktuelle innleggelsen. Kriminaliteten innbefatter også hendelser som ikke er anmeldt. 77,7 % har tidligere begått voldskriminalitet, 41,0 % narkotikakriminalitet, 27,5 % vinningskriminalitet. 14,4 % har begått drap og 9,2 % har tidligere begått seksualforbrytelser. Av de 33 pasientene som har begått drap, har fem ingen tidligere innleggelse i det psykiske helsevernet, mens fire av dem har flere enn 20 innleggelse.

2.4.4. Selvskading og suicidalitet

Om lag 20 % av pasientene har kjent historikk med selvskading før den aktuelle innleggelsen, mens det for kun 1/4 av disse rapporteres om episoder med selvskading under innleggelsen i 2019. Det samme gjelder for suicidal atferd. To pasienter som ikke har kjent historikk med selvskading før den aktuelle innleggelsen, har skadet seg selv under det aktuelle oppholdet.

² Avvik er her definert som brudd på krav i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.

2.4.5. Rusmisbruk og farlige gjenstander

Respondentene oppgir at det i flere avdelinger har vært episoder med rusmisbruk, både i og utenfor avdelingene. Noen avdelinger anslår opp mot 30 episoder inne i avdelingen, og opp mot 60 episoder utenfor. De fleste avdelingene rapporterer om 0-5 episoder inne i avdelingen og 0-10 episoder utenfor enheten. Seksten avdelinger har gjort beslag av rusmidler i 2019. Tretten avdelinger har gjort beslag av farlige gjenstander inne i avdelingen, mens fem avdelinger har gjort beslag på området utenfor på avdelingens eiendom i 2019.

2.4.6. Øvrig

Av de 229 innrapporterte pasientene, var 21 pasienter ikke norske statsborgere. Om lag 60 % av disse er under behandling i Helse Sør-Øst. Av de 21 pasientene som ikke er norske statsborgere, har elleve oppholdstillatelse i Norge. En stor andel av pasientene (86,5 %) har kontakt med sine nærmeste pårørende. Det er oppnevnt verge for i underkant av 35 % av pasientene.

2.5. Innleggelse etter strafferettslig grunnlag

2.5.1. Gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

Det har vært en jevn økning av antall personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62 i perioden 2002-2019. Ved årsskiftet 2019/2020 var 19 personer dømt for kriminelle handlinger av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, til tidsbestemt særreaksjon, se Tabell 7. På samme tidspunkt var det 231 personer dømt for alvorlige kriminelle handlinger som krenker andres liv, helse eller frihet, til tidsubestemt særreaksjon, se Tabell 8.

Når det gjelder personer dømt til tidsubestemt særreaksjon, var om lag 5 % av disse innlagt i regional sikkerhetsavdelinger, og 35 % i lokale sikkerhetsavdelinger. Av de 19 pasientene som var underlagt tidsbestemt særreaksjon pr. 31.12.2019 (se Tabell 7), hadde elleve vært innlagt ved, eller var fremdeles innlagt ved, en lokal sikkerhetsavdeling (tre i Helse Nord, en i Helse Midt-Norge, en i Helse Vest og seks i Helse Sør-Øst). De åtte andre hadde vært/var innlagt ved allmennpsykiatriske avdelinger eller DPS. Ingen av de domfelte til tidsbestemt særreaksjon har vært innlagt på regionalt nivå.

Tabell 7: Utvikling – totalt antall dommer til tidsbestemt tvungent psykisk helsevern*

År	Nye dommer	Opphør	Aktive per. 31.desember 2016-2019
2016	0	0	0
2017	5	0	5
2018	8	0	13
2019	6	0	19

*Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, Oslo universitetssykehus HF.

Tabell 8: Utvikling - totalt antall dommer til tidsubestemt tvungent psykisk helsevern*.

År	Nye dommer	Opphør	Aktive per. 31. desember 2002-2019
2002	16	1	15
2003	16	0	31
2004	18	0	49
2005	18	5	62
2006	9	4	67
2007	14	5	76
2008	13	13	76
2009	17	4	89
2010	22	8	103
2011	18	6	115
2012	24	5	134
2013	18	9	143
2014	24	10	157
2015	19	5	171
2016	19	9	181
2017	33	15	199
2018	31	16	214
2019	34	17	231

*Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, Oslo universitetssykehus HF.

I underkant av 30 % av de regionale- og 50 % av de lokale døgnplassene i sikkerhetspsykiatrien var belagt av domfelte pasienter, se Tabell 9. Alle de domfelte pasientene på regionalt nivå var underlagt behandling med døgnopphold. Av de domfelte på lokalt nivå, var 5-10 pasienter underlagt behandling uten døgnopphold. Disse tok i så måte ikke opp psykiatriske døgnplasser, men genererer ressurser fra faglig ansvarlig og sikkerhetspsykiatrien for øvrig.

Vi ser at Nasjonal koordineringsenhet opplyser at det er flere domfelte pasienter ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge, enn ved de andre regionale avdelingene. Av organisatoriske årsaker kan det her forekomme at pasienter flyttes sømløst fra regionalt til lokalt nivå, uten at koordineringsenheten nødvendigvis underrettes og får oppdatert sitt register.

Tabell 9: Fordeling av pasienter med dom til tidsubestemt særreaksjon i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2019*

Regionalt helseforetak	Regionale døgnplasser	Antall domfelte på regionalt nivå	% av regionale døgnplasser som opptas av domfelte pasienter	Lokale døgnplasser	Antall domfelte på lokalt nivå	% av lokale døgnplasser som opptas av domfelte pasienter
Helse Sør-Øst	22	3	14 %	108	47	44 %
Helse Vest	10	0	0 %	29	13	45 %
Helse Midt-Norge	10	7	70 %	12	5	42 %
Helse Nord		0		29	14	48 %
Totalt	42	11	26 %	178	79	44 %

*Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, Oslo universitetssykehus HF.

2.5.2. Gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner

Det er innrapportert at de regionale avdelingene mottok 31 henvisninger i 2019, og de lokale avdelingene ni henvisninger, totalt 40 henvisninger til judisielle døgnobservasjoner etter straffeprosessloven § 167. Flere avdelinger rapporterer om at mange henvendelser avvises per telefon, grunnet kapasitetsproblemer, og at henvendelsene aldri registreres som formelle henvisninger. Noen avdelinger har ikke tall på antall henvisninger, men rapporterer å ha gjennomført flere observasjoner. Det er derfor grunn til å tro at etterspørselen er langt større enn antall henvisninger som er innrapportert her. I 2019 ble det gjennomført 21 judisielle døgnobservasjoner i de tre regionale avdelingene. Av disse ble 17 (80 %) gjennomført på Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge.

Det har i perioden 2015-2019 blitt gjennomført 96 judisielle døgnobservasjoner ved landets tre regionale sikkerhetsavdelinger. Av disse er 65 % gjennomført ved Regional sikkerhetsseksjon Helse Midt-Norge, se Tabell 10. Helse Sør-Øst har 56 % av befolkningen i sitt opptaksområde, men har kun gjennomført 21 % av de judisielle døgnobservasjonene som er gjort på regionalt nivå.

Tabell 10: Antall gjennomførte judisielle døgnobservasjoner i regionale sikkerhetsavdelinger 2015-2019

Regional sikkerhetsavdeling	2015	2016	2017	2018	2019	Totalt
RSA Helse Sør-Øst (Dikemark)	3	3	6	6	2	20
RSA Helse Vest (Sandviken)	1	1	4	5	3	14
RSA Helse Midt-Norge (Brøset)	5	15	13	12	17	62
Totalt	9	19	23	23	22	96

Det er gjennomført tolv observasjoner i lokale sikkerhetsavdelinger, syv av disse i Helse Nord, og fem i Helse Sør-Øst. Observasjonstiden varierer fra fire til tolv uker. Det er ingen forskjell på observasjonstid i de regionale og de lokale enhetene. Samtlige av de regionale avdelingene og åtte lokale avdelinger oppgir å ha utarbeidet manualer for gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner.

2.5.3. Gjennomføring av varetektssurrogat

Tre av de 229 innrapporterte pasientene, var innlagt på varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 per 31.12.2019.

2.6. Bemanning og kompetanse

For de regionale sikkerhetsavdelingene er det innrapportert en bemanningsfaktor³ med et snitt på 5:1 og spredning fra 4 - 6,6:1. For de lokale sikkerhetsavdelingene er det innrapportert en bemanningsfaktor med et snitt på 3,1:1 og spredning fra 2,36 – 4,1:1. Seks enheter har vi ikke data fra.

2.6.1. Årsverk

De regionale avdelingene hadde totalt 297 årsverk, et snitt på 49,5 årsverk per enhet (n=6). De lokale avdelingene hadde totalt 696,57 årsverk, et snitt på 36,7 årsverk per enhet (n=19).

³ Antall ansatte i turnus per pasient per døgn.

2.6.1.1. Årsverk i regionale sikkerhetsavdelinger

Ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge er lege- og psykologressursene tilsatt felles for de regionale og den lokale døgnetenheten, med henholdsvis 2/3 og 1/3 fordeling av ressursene. Det samme gjelder for sosionom og ergoterapeuter. Ved de to regionale døgnetenhetene i Helse Midt-Norge er det 2,6 årsverk for overleger og 0,66 årsverk for LIS-leger, totalt 3,26 årsverk. Ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest er det 1,5 årsverk for overlege. Ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst er det en overlege per døgnetenhet og en LIS-lege, totalt fire årsverk. Ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge er det et årsverk for psykologspesialist og 0,66 årsverk for psykolog. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest har 1,25 årsverk for psykologer, mens Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst har tre årsverk for psykologspesialister.

Sykepleiere og spesialsykepleiere utgjør henholdsvis 41,5 og 63,8 årsverk, et snitt på 6,91 (spredning 2-16,5) og 10,63 (spredning 2,4-17) årsverk per enhet. Vernepleiere og spesialvernepleiere utgjør henholdsvis 25,5 og tre årsverk, et snitt på 4,25 (spredning 0-12) og 0,5 (spredning 0-3) årsverk per enhet. Øvrige helsepersonell utgjør 108,33 årsverk, et snitt på 18,05 årsverk per enhet.

Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge har 0,66 årsverk for sosionom og to årsverk for ergoterapeuter. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest har 0,5 årsverk for sosionom og 0,5 årsverk for ergoterapeut. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst har tre årsverk for sosionomer, 0,5 årsverk for fysioterapeut og ett årsverk for ergoterapeut.

I tillegg kommer årsverk innen ledelse, administrativt og merkantilt personale. Vi har ikke innhentet data som kan gi en eksakt oversikt innen disse kategoriene eller fordelingen på hele og delte stillinger.

2.6.1.2. Årsverk i lokale sikkerhetsavdelinger

Gjennomsnittlig lege- og overlegedekning er 1,7 årsverk per enhet (spredning 0,5-2). Gjennomsnittlig psykolog- og psykologspesialistdekning er på 1,1 årsverk per enhet (spredning 0-3).

Sykepleiere og spesialsykepleier utgjør henholdsvis 146,40 og 135,49 årsverk, et snitt på 7,7 (spredning 2,5-18) og 7,1 (spredning 2-19) årsverk per enhet. Vernepleiere og spesialvernepleiere utgjør henholdsvis 59,25 og 28 årsverk, et snitt på 3,1 (spredning 0-8,6) og 1,5 (spredning 0-6) årsverk per enhet. Øvrige helsepersonell utgjør 202,93 årsverk, et snitt på 10,68 årsverk per enhet.

Tolv av 19 enheter har ansatt sosionom i hel stilling, eller i en mindre stillingsprosent. Tre enheter har fysioterapeut i halv eller hel stilling, og en låner 0,5 årsverk fysioterapeut fra en annen avdeling. Åtte av 19 enheter har en eller to ergoterapeutstillinger.

45,21 årsverk (2,3 årsverk per enhet) faller ikke under ovennevnte kategorier, og det vil være naturlig og anta at disse årsverkene bl.a. dekker ledelse, administrativt og merkantilt personale. Vi har ikke innhentet data som kan gi en eksakt oversikt innen disse kategoriene eller fordelingen på hele og delte stillinger.

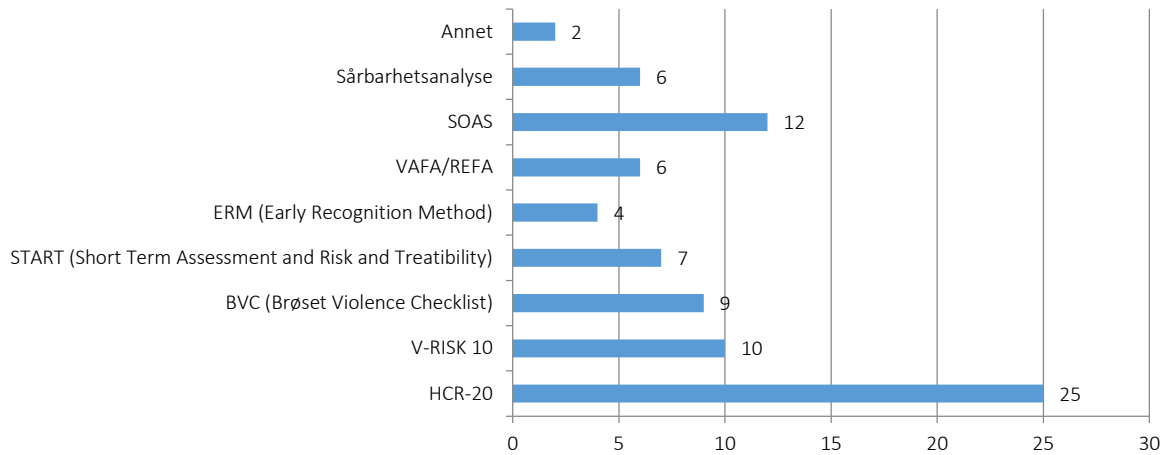
2.6.2. Kompetanse på diagnostikk og utredningsverktøy

På spørsmål om avdelingene, i tillegg til kliniske vurderinger, benytter strukturert metodikk/utredningsverktøy som fast rutine, svarer to enheter nei. De andre enhetene opplyser å bruke bl.a. MINI +, PANSS, SCID 1, SCID 2, WAIS, DUDIT, AUDIT og PCL som fast rutine. 16 enheter har opplyst at de supplerer med tilleggsundersøkelser på indikasjon. På spørsmål om avdelingene har tilfredsstillende rekruttering av spesialkompetanse for utredning og behandling av målgruppepasienter, svarte en regional og seks lokale enheter nei.

Alle avdelingene benytter rutinemessig faste utredningsstandarder for voldsrisikovurdering, og alle bruker utredningsverktøyet HCR-20 for å utrede voldsrisiko. I tillegg benyttes en rekke tilleggsinstrumenter, enten som

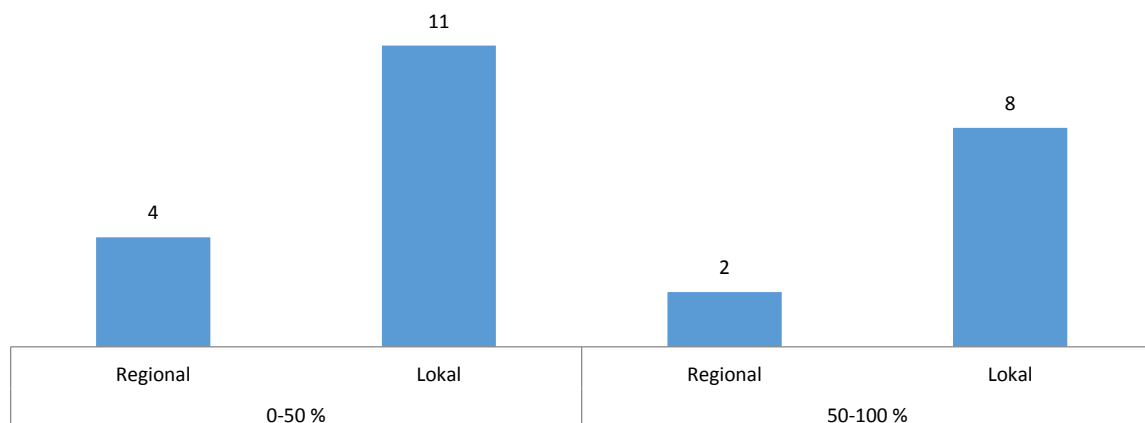
fast standard eller på indikasjon, se Figur 5. På spørsmål om avdelingene har tilstrekkelig kompetanse for voldsrisikohåndtering av målgruppepasienter, svarte to av 25 enheter nei.

Figur 5: Antall sikkerhetspsykiatriske enheter som bruker standardiserte utredningsverktøy for voldsrisiko. (n=25)



VIVO I og II er en tverrfaglig videreutdanning i behandling og risikohåndtering av vold hos mennesker med psykiske lidelser, som tilbys ved Høyskolen i Molde. Fra 2003 har om lag 1800 helsepersonell gjennomført VIVO I, og fra 2007 har om lag 1300 helsepersonell gjennomført VIVO II (tall fra Høyskolen i Molde). Figur 6 viser andelen av ansatte i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger som har tatt videreutdanning i VIVO I og VIVO II. Vi ser at andelen ansatte med slik videreutdanning relativt sett er større i de lokale avdelingene. Førtito prosent av de lokale avdelingene svarer at mer enn 50 % av deres ansatte har videreutdanning VIVO I og II. Det samme gjelder for 33 % av de regionale avdelingene.

Figur 6: Andel ansatte i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger med kompetanse i VIVO I og VIVO II.

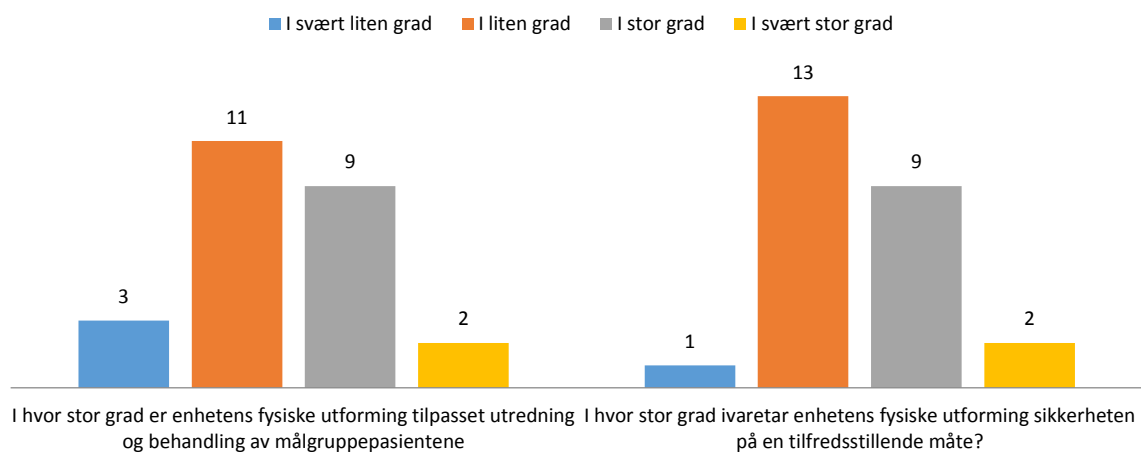


Samtlige avdelinger opplyser at de har faste opplæringsrutiner for nyansatte, og rutiner for undervisning for andre ansatte. Tretten enheter sier at de i 2019 har deltatt i ulike forskningsprosjekter og tre har deltatt i publisering av vitenskapelige artikler.

2.7. Bygningsmessige forhold

På spørsmål om bygningsmessige forhold svarer om lag halvparten av respondentene at avdelingens bygningsmessige utforming i liten eller i svært liten grad er tilpasset utredning og behandling av målgruppepasienter, samt ivaretagelse av sikkerheten på en tilfredsstillende måte, se Figur 7. Respondentene beskriver at bygningsmassen er gammel og nedslitt, og flere ønsker seg nytt bygg eller rehabilitering og oppgradering av eksisterende bygg. Det nevnes behov for flere og bedre skjermingskapasitet, bedre perimetersikkerhet og adgangskontroll, luftegårder og skjermede uteområder. Det påpekes at uegnede lokaler, med eksempelvis trange trappehus, smale korridorer og dødsoner, er en sikkerhetsrisikofaktor som krever ekstra personalressurser. Noen påpeker at gammelt inventar som radiatorer, dørklinker, gamle vinduer og dører m.m. er et risikomoment for suicidalitet og rømning. Det nevnes også behov for bedre sanitærforhold for pasientene, da flere av pasientrommene ikke har eget bad/wc.

Figur 7: Regionale og lokale sikkerhetsavdelingers egnethet mht fysisk utforming (n=25)



To enheter oppgir å ha isolat. 23 enheter oppgir å ha 1-6 skjermingsplasser. En enhet skriver at den mest alvorlige kapasitetsutfordringen er knyttet til mangel på skjermingsplasser.

Ti enheter oppgir å ha hatt 1-10 rømninger fra avdelingen, fra eiendommen eller ifm utganger i 2019. Tolv enheter oppgir å ha hatt 1-10 uteblivelser fra permisjoner i 2019. Flere enheter oppgir å ikke ha et system for registrering av rømning og uteblivelser.

3. DISKUSJON

Basert på de innrapporterte data, er det fire områder det er naturlig å se nærmere på; 1) organisering og behandlingsskapasitet, 2) pasientpopulasjonen, 3) bemanning og kompetanse og 4) bygningsmessige forhold.

3.1. Organisering og behandlingsskapasitet

Det er i løpet av de neste to årene planlagt å etablere ytterligere fem regionale døgnplasser i Helse Nord (samtidig fjernes fem lokale døgnplasser) og tre lokale døgnplasser i Helse Førde. Landets totale antall

sikkerhetspsykiatriske døgnplasser vil, etter planene, i løpet av 2021 være på 223 døgnplasser; 47 på regionalt nivå og 176 på lokalt nivå.

Tilbakemeldingene fra helseforetakene indikerer at flere har mangelfulle systemer for registrering av henvisninger, innleggelse og utskrivninger. Det er derfor vanskelig å si noe om at antall døgnplasser i norsk sikkerhetspsykiatri er tilstrekkelig, sett opp mot behovet og etterspørselen.

Behandlingskapasiteten i sikkerhetspsykiatrien har vært diskutert siden før nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus, og har blitt behandlet i utvalgsarbeider, rapporter, stortingsmelding, fagartikler og i media. Reitgjerdet sykehus ble etablert i 1923 og normert for 260 døgnplasser, senere 220 døgnplasser. Fra starten av 1970-tallet ble belegget betraktelig redusert, fra 223 pasienter i 1970 til 88 pasienter i 1980. Pasientene ble tilbakeført til hjemfylkene, som måtte etablere lokale eller regionale sikkerhetspsykiatriske institusjoner. Basert på grundige pasienttelling i 1980 anbefalte Robak-utvalget at det måtte etableres 5-6 sikkerhetspsykiatriske sengeplasser per 100 000 innbyggere. Forutsetning for dette måltallet var at det måtte være tilstrekkelig kapasitet i de allmenpsykiatriske døgnavdelingene for øvrig.

Fra Robak-utvalget gjorde sin undersøkelse i 1980 og frem til i dag, har antall døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien per 100 000 innbygger blitt redusert fra 5,4 til 4,1. Dette til tross for at Reitgjerdet, ved dens nedleggelse i 1987, hadde 220 normerte døgnplasser, det samme antallet som de sikkerhetspsykiatriske avdelingene hadde i 2019. Antall plasser i sikkerhetspsykiatrien har med andre ord ikke blitt oppjustert i takt med befolkningsøkningen. I perioden 1990 til 2019 har også antall døgnplasser i det psykiske helsevernet totalt sett blitt redusert fra 7745 til 3649. Reduksjonen i allmenpsykiatriske plasser får konsekvenser for sikkerhetspsykiatrien, som også har fått nye oppgaver i samme periode. Robak-utvalgets anbefaling om 5-6 sikkerhetspsykiatriske døgnplasser per 100 000, er i perioden ikke nådd. Spørsmålet er om dette fortsatt er et hensiktsmessige måltall.

Det har de siste årene vært samfunnsmessige endringer i befolkningen, med økt rusmisbruk og en økning i kriminelle handlinger, herunder bl.a. i vold og trusler om vold (FHI, 2016) (SSB, 2019). De 30 siste årene har også det psykiske helsevernet endret seg betydelig, både med hensyn til organisering og behandlingstilnærming generelt. Det er stort sett enighet om at psykiatriske pasienter med voldsrisiko, enten periodevis eller mer kontinuerlig, har behov for godt bemannede døgnplasser. Nedleggelse av døgnplasser, både i sikkerhetspsykiatrien og det psykiske helsevernet for øvrig, kan medføre en risiko for et svakere tilbud til de dårligst stilte. Dette kan igjen føre til økt fare for samfunnet (Sigurjónsdóttir, M. 2009). Vi ser en endring i pasientflyten ved at pasienter fra lokale sikkerhetsavdelinger nå i større grad overføres til DPS, private institusjon eller ambulant oppfølging i eget hjem. Dette kan skyldes at det er mangel på døgnplasser i allmenpsykiatrien.

Halvparten av pasientene som legges inn i lokale sikkerhetsavdelinger kommer fra akuttpsykiatriske avdelinger, og kun 5 % kommer fra de regionale sikkerhetsavdelingene. Vi ser at om lag halvparten av alle utskrivningene fra regionalt nivå, ikke går til lokale sikkerhetsavdelinger, men til andre institusjoner med lav grad av sikkerhet. Det kan se ut som at både regionale og lokale sikkerhetsavdelinger driver uavhengige rehabiliteringsforløp for pasientgruppen. Det kan være flere årsaker til dette. Blant annet kan en årsak være at kapasiteten i de lokale sikkerhetsavdelingene er underdimensjonert. Halvparten av døgnplassene i de lokale avdelingene er belagt av domfelte pasienter, og i tillegg mottar de lokale avdelingene et høyt antall pasienter fra akuttavdelingene. Lang ventetid kan igjen føre til at oppholdet for pasienter i regionale sikkerhetsavdelinger blir lengre enn nødvendig, og at pasienten, under ventetiden, tilfriskner og kvalifiserer for overføring til et behandlingsnivå med lavere grad av sikkerhet enn ved de lokale sikkerhetsavdelingene. En annen årsak kan være at pasienten, etter stabilisering, utredning og behandling i en regional sikkerhetsavdeling, oppnår en stor grad av tilfriskning av sin psykiske ledelse, og dermed ikke har behov for opphold i en lokal sikkerhetsavdeling.

Det er store lokale variasjoner i kapasitet innenfor de regionale helseforetakene, med en spredning fra ingen lokale sikkerhetsplasser per 100 000 innbygger ved Helse Førde, til 7,0 lokale sikkerhetsplasser per 100 000 innbygger ved Nordlandssykehuset. Denne variasjonen jevner seg ut når vi ser det regionale og lokale tilbudet under ett. Likevel gir ikke dette et korrekt bilde av kapasitet, da det er uvanlig at lokale sikkerhetsavdelinger henviser eller mottar pasienter fra andre helseforetak, selv innen samme regionale helseforetak.

For de helseforetak som selv ikke har sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, er det ulike modeller for samarbeid og betaling. Helse Førde har avtale med sikkerhetsavdelingen i Helse Bergen om å kunne henvise til 2 døgnplasser ved behov. Helse Førde må søke om innleggelse på samme måte som andre avdelinger. Pasientene anses som gjestepasienter, og Helse Bergen fakturerer Helse Førde ved bruk av disse plassene. Dersom Helse Nord-Trøndelag henviser pasienter til lokale plasser ved St. Olavs Hospital, gjøres det opp i årlig oppgjør i Helse Midt-Norge. Helgelandsykehuset og Finnmarksykehuset henviser til hhv Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge ved behov. Fordelingen av plasser i Helse Nord er regulert gjennom inntektsfordelingsmodellen som regulerer betaling og forbruk av døgnkapasitet. Når det gjelder plasser ved de lokale sikkerhetsenhetene på Gaustad i Oslo universitetssykehus, betaler Akershus universitetssykehus for sine 10 døgnplasser på Lokal sikkerhetsenhet A, fordelt på en fast del og en variabel del. Lovisenberg/Diakonhjemmet har hatt plasser på Gaustad siden enheten var del av en fylkeskommunal sikkerhetsavdeling. Budsjettrammen ved Lokal sikkerhetsenhet B regnes ut fra andelen pasienter fra disse sykehusene, og genererer ingen betaling fra Lovisenberg/Diakonhjemmet.

3.1.1. Innleggelser etter strafferettslig grunnlag opptar et økende antall døgnplasser

I Norge har det psykiske helsevernet selv i utgangspunktet råderett over døgnplassene ut i fra medisinske kriterier for innleggelse og behandlingsbehov (asylsuvereniteten). Parallelt med dette er det de siste 20 årene innført nye lovverk som gir justissektoren økende myndighet til å legge inn pasienter i psykiatriske avdelinger. Det økende antall pasienter som legges inn etter domfellelse eller kjennelse, legger beslag på døgnplasser i det psykiske helsevernet i en tid hvor antall døgnplasser blir færre år for år. Dette setter hele det psykiske helsevernet, og særlig sikkerhetspsykiatrien, under press. Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet, kan oppta sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som i utgangspunktet er forbeholdt pasienter med høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. Innleggelse av pasienter via domstoler og eventuelt via kriminalomsorgen, kan gå ut over andre pasienter som klinisk sett har større behov for en døgnplass for behandling av sin psykiske lidelse.

3.1.1.1. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

Dom til tvungent psykisk helsevern gir domstolene mulighet til å plassere domfelte personer i psykiatriske avdelinger, selv om de ikke nødvendigvis oppfyller tradisjonelle kriterier for innleggelse i det psykiske helsevernet. Ved gjennomføring av en slik særreaksjon, er det lovpålagte krav til at samfunnsvernet i særlig grad skal ivaretas. Påtalemyndigheten har bl.a. klagerett til kontrollkommisjonen på overføringsvedtak mellom avdelinger. Denne rettigheten brukes særlig i de saker hvor det planlegges overføring til lavere sikkerhets- og behandlingsnivå. Dette kan medføre at videreføring av de domfelte i noen tilfeller tar lengre tid, og at de blir værende lengre i sikkerhetspsykiatrien, enn pasienter underlagt sivil tvangslovgivning ville blitt. Domfelte pasienter opptar i dag om lag 1/4 av de regionale døgnplassene og halvparten av de lokale døgnplassene. Den økende andelen av domfelte pasienter per år, kan på sikt medføre et ytterligere press på de sikkerhetspsykiatriske døgnplassene.

3.1.1.2. Judisielle døgnobservasjoner

Etter straffeprosessloven § 167 kan retten beslutte innleggelse til undersøkelse i psykiatrisk sykehus, dersom dette er nødvendig for å bedømme siktedes sinnstilstand. Formålet med en døgnobservasjon er å utrede psykisk tilstand hos en antatt gjerningsperson i en pågående straffesak, i samarbeid med de rettsoppnevnte sakkyndige. Det er retten som er oppdragsgiver, og innleggelse skiller seg fra ordinær pasientbehandling og følger egne retningslinjer. Innleggelse til judisiell døgnobservasjon er ikke helsehjelp, som definert i helselovgivningen. Det

har de siste årene vært en økende etterspørsel etter slike rettspsykiatriske tjenester på oppdrag fra domstolen, i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger.

I Norge finnes det ikke egne institusjoner som gjennomfører judisielle døgnobservasjoner. Med bakgrunn i behov for kompetanse og sikkerhet gjennomføres slike observasjoner i all hovedsak i regionale sikkerhetsavdelinger. De regionale avdelingene har tidligere signalisert et ønske om at ansvaret og kompetansen for gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner skal ligge på regionalt nivå, av samme hensyn. De regionale sikkerhetsavdelingene gjennomførte i 2019 i alt 22 observasjoner, men det er stor forskjell på kapasiteten hos de regionale avdelingene. Regional sikkerhetsavdeling Helse Midt-Norge, som har 22,5 % av befolkningen i sitt opptaksområde, har utført 64,5 % av de judisielle døgnobservasjonene. Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, som har 56,5 % av befolkningen, har utført 21 % av observasjonene. Regional sikkerhetsavdeling Helse Vest, som har 21 % av befolkningen, har utført 14,5 % av observasjonene. Den klare skjevfordelingen skyldes mest sannsynlig kapasitetsmangel, herunder bl.a. mangel på døgnplasser, miljøpersonell eller tilgang på kvalifiserte spesialister. Ved Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst ble det i 2019 besluttet at to døgnplasser skal dedikeres til judisielle døgnobservasjoner. Dette vil kunne øke kapasiteten noe i tiden fremover.

Grunnet kapasitetsproblemer på regionalt nivå, særlig i Helse Sør-Øst, har det blitt lang ventetid på gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner. Det er heller ikke i alle tilfeller at det er nødvendig med det høyeste sikkerhetsnivået ved gjennomføring av slike observasjoner. Dette har ført til at flere lokale sikkerhetsavdelinger har begynt oppbygging av kompetanse på gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner. De avdelingene som har erfaring med slike gjennomføringer, vet at alle observasjoner er ulike, har ulikt kompleksitetsnivå og trenger ulik kompetanse. Det er viktig å opparbeide god kompetanse på fagområdet. Dette kan være en utfordring hvis døgnobservasjoner fordeles på mange avdelinger. Det er naturlig å stille spørsmål ved om kompetansen på området best ivaretas ved at oppdragene fordeles på mange sikkerhetsavdelinger, både regionale og lokale, da antall oppdrag per år er relativt få.

De regionale sikkerhetsavdelingene gjorde i 2013 et arbeid for å lage felles/samsvarende nasjonale rutiner for gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner. Av ulike grunner, deriblant ulike datasystemer hos helseforetakene, ble ikke samarbeidet videreført. Det finnes derfor ikke en nasjonal, felles enighet om hvordan slike observasjoner skal gjennomføres og dokumenteres. Det er fortsatt uenighet rundt enkelte spørsmål, prinsipielle så vel som praktiske, og det finnes ikke et sentralt organ som kvalitetssikrer og/eller registrerer gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner.

3.1.1.3. Varetektssurrogat

I 2016 kom en tilføyelse til straffeprosesslovens § 188, som medfører at retten, i stedet for varetektsfengsling av en siktet person som er psykotisk og antatt straffri, kan treffe beslutning om plassering i institusjon – såkalt varetektssurrogat - uten samtykke fra den aktuelle institusjonen. Disse personene kan være i en psykisk tilstand som til vanlig ikke kvalifiserer til innleggelse i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. I rapporten *Evaluering av konsekvensene av lovendringer* av 10.01.2020 skriver evalueringsutvalget at flere helseforetak har gitt klart uttrykk for at personer innlagt på varetektssurrogat fortrenger andre pasienter. Dette både når det gjelder at andre pasienter har blitt skrevet ut tidligere enn planlagt, og når pasienter ikke har fått innleggelser de har hatt behov for. Det er også tilbakemeldinger på at den siktede ikke har hatt behov for døgnbehandling, eller at andre pasienter i langt større grad har behov for den aktuelle plassen. Flere melder også om overbelegg som konsekvens av varetektssurrogatet, med bl.a. økte personalkostnader. Rapporten viser en betydelig geografisk variasjon i antall varetektssurrogat. Det er også en betydelig variasjon i varighet. Antallet innleggelser på varetektssurrogat i sikkerhetspsykiatrien i 2019 har ikke vært mange, men ved en økning i slik praksis, vil behovet for sikkerhetspsykiatriske døgnplasser kunne bli økende i årene som kommer. Eventuelt vil ytterligere døgnplasser i allmennpsykiatrien opptas av personer på varetektssurrogat, noe som også kan påvirke kapasiteten i sikkerhetspsykiatrien.

3.1.2. Modeller for videre oppfølging av sikkerhetspsykiatriske pasienter

Det har vært et gjennomgående problem å få videreført den aktuelle pasientgruppen til behandlingsnivå med lavere grad av sikkerhet. Flere utskrivningsklare pasienter må følges opp av sikkerhetspsykiatrien, ikke bare på grunn av symptomtrykk, men også på grunn av voldsrisiko, stigmatiserende sykehistorier, medieprofilerte saker og kriminalitetshistorikk. Muligens vegrer mottagende instans seg mot å overta behandlingsansvar for pasienten, eller den opplever at nødvendige faglige og materielle ressurser for å kunne overta oppdraget ikke er til stede. Sikkerhetspsykiatriske avdelinger har derfor helt siden oppstarten på midten av 1980-tallet utviklet særegne rehabiliteringstilbud, men med store lokale forskjeller. Det er, i tillegg til døgndrift, utviklet ulike dagtilbud, ambulante og polikliniske tjenester i regi av sikkerhetspsykiatriske avdelinger. I de senere år har også private aktører bidratt til å utvide tjenestetilbudet for noen pasienter som formelt er innskrevet i den offentlige sikkerhetspsykiatriske helsetjenesten. Dette er trolig forklaringer på hvordan sikkerhetspsykiatrien har håndtert den økte etterspørselen. I andre land, for eksempel Sverige og England, er det egne behandlingsskjermer som tar sikte på at pasienten, som er innlagt i rettspsykiatriske avdelinger, til enhver tid får behandling på riktig sikkerhetsnivå. Pasientene kan gå begge veier mellom sikkerhetsnivåene, avhengig av tilstand og risikobildet hos pasienten. (Doyle et.al. 2012)

Utfordringen med sikre og faglig forsvarlige pasientoverganger er ytterligere aktualisert etter at særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern ble etablert, hvor det psykiske helsevernets samfunnsansvar ble skjerpet. I statusrapporten fra 2015 fremkommer det at 15 av 29 enheter har ambulante tilbud. I årets undersøkelse svarer tolv av 25 enheter at de har poliklinisk/ambulant tjeneste, dagplass eller lignende. For eksempel svarer Sørlandet sykehus at de ikke har avsatte ressurser, men likevel gjør mye ambulant. På spørsmål om avdelingene har poliklinisk tilbud/ambulant tjeneste, dagplasser eller lignende, viser svarene at polikliniske og ambulante tjenester varierer i type og omfang. Noen følger opp et visst antall pasienter med behandling uten døgnoophold (TUD). Andre følger særlig opp de som er dømt til behandling, og noen er i gang med å etablere Sikkerhets-FACT-Team (Flexible Assertive Community Team).

I forbindelse med etablering av FACT i Norge, har et par sikkerhetsavdelinger funnet det hensiktsmessig å etablere egne Sikkerhets-FACT-Team. Sikkerhetsavdelingen på Blakstad (Vestre Viken) er godt i gang med sitt sikkerhets-FACT-Team og sikkerhetsavdelingen på Reinsvoll (Sykehuset Innlandet) er i gang med å etablere det samme. Sikkerhets-FACT-Team er ment å være et bidrag til skreddersydd oppfølging for pasienter som skrives ut fra sikkerhetsavdelinger. Etableringen av sikkerhets-FACT-Team, med eget budsjett og fast ansatt personell, kan bidra til å formalisere, og sannsynligvis styrke, oppfølgingen av pasienter som har fått behandling i sikkerhetspsykiatrien. Det kan også være et bidrag til at denne type oppfølging ikke går ut over ressurser til behandlingen av de inneliggende pasientene.

Funn fra undersøkelsen i 2015 indikerte at antallet pasienter som på tidspunkt for undersøkelsen kunne skrives ut til lavere sikkerhetsnivå, var forholdsvis høyt (71 av 248 pasienter). Dette kunne muligens forklares ved at det ved landets sikkerhetsavdelinger er mangel på modeller for oppfølging av denne pasientgruppen, etter endt behandling i sikkerhetsavdeling. Helsedirektoratet ønsket å se nærmere på dette funnet. Det pågår derfor nå et prosjekt i regi av SIFER Midt-Norge, som undersøker problemstillinger knyttet til såkalte utskrivningsklare pasienter.

3.1.3. Enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå

I 2012 ble det vedtatt endringer i psykisk helsevernlovens kapittel 4 som gir regionale sikkerhetsavdelinger anledning til å etablere et nytt sikkerhetsnivå, for de tilfeller hvor det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter, helsepersonell, befolkningen eller myndighetspersoner. En slik enhet er ennå ikke etablert. Det kan stilles spørsmål om hvorfor en enhet for særlig høy sikkerhet ikke er etablert, i en tid hvor sikkerhetspsykiatrien har etterlyst bedre juridiske rammebetingelser for håndtering av pasientgruppen. En mulig årsak er at lovverket stiller høye krav til etablering og anvendelse av en slik enhet. Kriterier knyttet til både pasientens tilstand, ytre forhold og bygningsmessige forhold må være oppfylt før en pasient kan henvises til enhet for særlig høy sikkerhet.

3.2. Pasientpopulasjonen

Undersøkelsen viser at pasienter i sikkerhetspsykiatrien er en sammensatt gruppe både med hensyn til alder, diagnostikk, voldsproblematikk, samt utrednings-, behandlings- og rehabiliteringsbehov. Pasienter som får innleggelse i sikkerhetspsykiatriske avdelinger har som hovedregel en akutt eller kronisk, alvorlig psykisk sykdom, og har samtidig en farlig, voldelig eller særlig vanskelig atferd. Innleggelse i sikkerhetspsykiatrien kan omhandle både utredning, stabilisering og/eller behandling. En del av pasientene som legges inn i sikkerhetspsykiatrien har flere innleggelse over tid, hvor innleggelsene både innebærer kortvarig stabilisering, eller langvarig stabilisering og behandling. Andre pasienter legges inn kun én gang inn i sikkerhetspsykiatrien, og har øvrig behandlingsforløp i allmenpsykiatrien.

I denne undersøkelsen ser vi at schizofreni- og rusdiagnose dominerer pasientpopulasjonen, og om lag halvparten av pasientene har rusproblemer. I tillegg ser vi at rusmisbruk forekommer hyppigere blant de med schizofrenidiagnose (57,3 %) enn hos pasienter med andre diagnoser (31,0 %). Disse funn tilsier at sikkerhetspsykiatriske avdelinger trenger kompetanse på god rusbehandling. Et stort flertall (93,9 %) har en eller flere tidligere innleggelse, og blir lagt inn flere ganger på grunn av nye voldshendelser og/eller forverring i psykisk tilstand. Flere pasienter er i det sikkerhetspsykiatriske systemet i mange år, noen så lenge som over 20 år.

I årets undersøkelse utgjorde kvinner 13,4 % av pasientpopulasjonen, og 1/4 del av disse er under 25 år. Fordelingen på helseforetak er relativt jevn. I undersøkelsene i 2005, 2008 og 2015 utgjorde kvinneandelen hhv 20 %, 17 % og 20 %. Det foreligger lite forskning på hvilke behov kvinner som er innlagt i sikkerhetspsykiatrien har med hensyn til utredning, behandling, voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering. Forskning på menn er dominerende internasjonalt, og få risikovurderingsredskap og/eller terapi er tilpasset kvinner i sikkerhetspsykiatrien (e.g. Muller & Kempes, 2016). Studier har vist at personalet, uansett kjønn, rapporterer å ha bedre relasjoner til kvinnelige enn mannlige pasienter i sikkerhetspsykiatri (e.g. de Vogel & Louppen, 2016).

Vi ser en økende andel av ungdommer og unge voksne i pasientgruppen. Personer under 25 år utgjør 13 % av pasientene i denne undersøkelsen, med åtte kvinner og tolv menn. Fire av disse var under 18 år når de ble innlagt i sikkerhetspsykiatrien. Det er flere ting som tyder på at andelen pasienter under 25 år er økende, og vil prege mer av sikkerhetspsykiatrien i årene fremover. Her viser vi til økt voldskriminalitet i gruppen, og det faktum at utredning og behandling av ungdommer med voldskriminalitet er en utfordrende oppgave under frivillig poliklinisk behandling (Braga, T., Cunha, O., & Maia, A., 2018). Personer i aldersgruppen under 25 år har som regel mer omfattende utrednings-, behandlings- og rehabiliteringsbehov enn eldre pasienter. Delvis fordi sykdommen ofte nylig er oppstått, men også fordi symptomer kan avvike fra symptomer som eldre pasienter har. Det kan være behov for psykologiske og nevropsykologiske utredninger. De fleste land vi kan sammenligne oss med, har egne ungdomsavdelinger for ungdom og unge voksne med alvorlig psykisk lidelse og kriminelle handlinger. En metaanalyse om tematikken munnet ut i en sterk anbefaling om å holde de yngre atskilt fra de eldre pasientene i sikkerhetspsykiatrien (Livanou, Furtado, Winsper, Silvester, & Singh, 2019). For unge pasienter skal det i tillegg tilrettelegges for skolegang der det er mulig ut fra pasientens symptomtrykk og sykdom. For å kunne gjennomføre adekvat behandling av ungdommer som legges inn i sikkerhetspsykiatrien, stilles det også krav til kompetanse i barne- og ungdomspsykiatrisk utredning og behandling, samt kompetanse i familiearbeid.

3.3. Bemanning og kompetanse

Stortingsmelding 25 Åpenhet og helhet fra 1996 fastsetter bemanningen i norsk sikkerhetspsykiatri til fem ansatte per pasient per døgn i regionale sikkerhetsavdelinger, og tre ansatte per pasient i lokale sikkerhetsavdelinger. Beregning av bemanningsfaktoren kan gjøres på ulikt vis. Det vanligste er å beregne antall stillinger som inngår i avdelingens turnus, delt på antall døgnplasser. Svarene i årets undersøkelse, viser at det er stor variasjon i bemanning, men at snittet ligger på normtallene fra stortingsmeldingen, med 5:1 på de regionale avdelingene og 3,1:1 på de lokale avdelingene.

Alle avdelingene i årets undersøkelse svarer at de har gode opplæringsrutiner for både nyansatte og øvrige personale. De fleste avdelingene opplever at de besitter god og relevant kompetanse, og de fleste beskriver å ha tverrfaglig sammensatte enheter. Samtidig uttrykker noen respondenter at det har vært en utfordring med rekruttering av spesialkompetanse for utredning og behandling av målgruppespasienter i 2019.

I arbeidet med sikkerhetspsykiatriske pasienter kreves god kunnskap om utredning og behandling av alvorlig psykisk sykdom, og særskilt kompetanse på voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering. Særlig fremheves behovet for VIVO-utdanninge/HCR-20-kompetanse. Dette gjelder både for sykepleiere, vernepleiere, psykologer og psykiatere, og annet relevant helsepersonell. Samtidig er det store variasjoner for andelen ansatte i de regionale og de lokale avdelingene som har videreutdanning i VIVO. Vi kjenner ikke til årsakene til dette. Muligens kan det skyldes kulturelle og økonomiske forhold. Eventuelt kan det skyldes at de regionale avdelingene har en mer stabil personalgruppe, som igjen medfører et metningspunkt med hensyn til behov for videreutdanning. En annen mulig grunn er at en del lokale sikkerhetsavdelinger er spesielt opptatt av å utdanne personell i voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering. For å kunne ta en VIVO-utdanning må man ha en bachelor i helsefag. Eventuelle ulikheter kan kanskje dermed også forklares i eksisterende kompetanseprofil i de ulike personalgruppene.

Ser man ytterligere på VIVO-utdannelsen, så er det verdt å merke seg funn fra en spørreundersøkelse av Holmlund fra 2017. Spørreundersøkelsen tok sikte på å kartlegge hvorvidt kunnskapen man tilegnet seg på VIVO-utdannelsen, ble brukt i klinisk praksis. Holmlund undersøkte 95 VIVO I- og VIVO II-studenter. Nesten 75 % svarte at VIVO «i noen eller i liten grad» hadde endret praksis. Undersøkelsen fant at det stort sett ikke var forventninger eller planer fra arbeidsgiver om hvordan kunnskapen skulle benyttes i klinisk praksis, ei heller formidles til andre ansatte. Selv om dette var en liten undersøkelse, så er det bekymringsfulle funn, med tanke på at VIVO er den eneste spesialiserte utdannelsen i Norge på voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering.

Flere avdelinger opplyser å ha kompetanse på, og har implementert, det nye nasjonale opplæringsprogrammet *Møte med Aggresjonsproblematikk* (MAP). Dette er det første nasjonale opplæringsprogrammet i sitt slag, og utviklet i samarbeid med SIFER og flere sikkerhetspsykiatriske miljøer i Norge.

Oppsummert kan det konkluderes med at de sikkerhetspsykiatriske avdelingene rapporterer å ha god tverrfaglig, spesialisert kompetanse. De aller fleste avdelingene beskriver sin praksis som god og relevant, med hensyn til de oppgaver som sikkerhetsavdelinger skal løse. Det er likevel grunn til å anta at funn fra spørreundersøkelsen til Holmlund, kan indikere utfordringer med å integrere kunnskap man får fra VIVO-utdannelsen til klinisk praksis.

Som et bidrag i fagutvikling og kompetanseheving, ble det i 2018 etablert et sikkerhetspsykiatrisk fagnettverk i Helse Sør-Øst. Fagnettverket er forankret hos ledelsen i de respektive avdelingene og ved Kompetansesenteret for sikkerhets, fengsels og rettspsykiatri i Helse Sør-Øst. Dette nettverket har følgende mandat: «*Fagnettverket er representert med fagutviklere ved samtlige sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Helse Sør-Øst, som møtes to ganger pr år, for faglig påfyll og diskusjoner. Fagnettverket skal bidra til fagutvikling, samt deling og formidling av kunnskap innen sikkerhetspsykiatri, på tvers av helseforetakene. Fagnettverket fungerer som referansegruppe for Kompetansesenteret for sikkerhets, fengsels og rettspsykiatri Helse Sør-Øst*». På sikt har dette fagnettverket mål om å bli nasjonalt.

3.4. Bygningsmessige forhold

Undersøkelsen for 2019 viser, i likhet med undersøkelsen fra 2015, fortsatt store utfordringer knyttet til bygningsmessige forhold, sett opp mot funksjonalitet og sikkerhet. Om lag halvparten av respondentene oppgir at bygningsmassen er tilfredsstillende, den andre halvparten at den ikke er tilfredsstillende. Et institusjonsmiljø innebærer en kontekst som kan medføre økt risiko for vold, knyttet til de begrensinger som følger av det å være innlagt. Særlig oppmerksomhet bør vies bygningsmessige kvaliteter og standarden på bygninger, grad av renhold, hygiene, sanitære forhold og generelt vedlikehold. Støy, temperatur, belysning og plass er også relevant (Flannery et al., 1997; Lanza, 1988). Forskning viser at et godt planlagt og vedlikeholdt fysisk miljø, er et miljø som gir plass, rimelig grad av komfort, nødvendig privatliv, muligheter for sosial interaksjon og trygghet for både

beboere og personell (Baldwin, 1985; Daffern et al., 2004). Uegnede lokaler er en sikkerhetsrisikofaktor som krever ekstra personalressurser for å sikre tilstrekkelig ivaretagelse av sikkerhet og samfunnsvern. Videre kan uegnede lokaler også ha innvirkning på tilfriskningsgrad og varighet av det enkelte behandlingsforløp.

Det er påvist at institusjonsmiljøer som er preget av støy, dårlig temperaturregulering, nedsatt luftkvalitet, manglende hygiene, dårlige lysforhold og planløsning som bidrar til «crowding»⁴, mangel på privatliv og fravær av stillesoner, er forbundet med økt voldsrisiko (Cox, Paulus & McCain, 1984). Crowding har også vist seg å henge sammen med økt bruk av mekaniske tvangsmidler. (Bak, 2015).

På spørsmål om bygningsmessige forhold svarer 14 av 25 respondenter at bygningsmassen i liten/svært liten grad er tilfredsstillende med hensyn til behandling av målgruppepasienter, og at bygningsmassen i liten/svært liten grad ivaretar sikkerheten på en tilfredsstillende måte. Respondentene beskriver lokalene som gamle, nedslitte og utdaterte, sett opp mot det formål de har. Flere av respondentene svarer at byggene har lite naturlig dagslys inn i oppholdsrom, dårlig luftkvalitet, og dårlige/mangelfulle sanitærforhold. Når det gjelder sikkerhet knyttet til bygningsmessige forhold, svarer flere av respondentene at bygget de drifter i, har en uoversiktlig fysisk utforming inne i enhetene og manglende skallsikring av kritiske soner, noe som gir uoversiktlige miljøer. Flere av respondentene nevner trange passasjer, avsnitt og oppholdssteder. Dette igjen medfører store utfordringer, og krever store personalressurser for å ha tilstrekkelig oversikt i enhetene for å ivareta nødvendig sikkerhet for pasienter, besøkende og personell.

De respondentene som oppgir at bygget i stor/svært stor grad er tilfredsstillende med hensyn til behandling av målgruppepasienter, og ivaretar sikkerheten på en tilfredsstillende måte, drifter i nytt eller forholdsvis nytt bygg. Det trekkes særlig frem store, oversiktlige og åpne fellesarealer, og store, avskjermede luftemuligheter på eget område, samt god skallsikring. Det nevnes også pasientrom med egne bad. Nye bygg tilsier også at krav og standarder knyttet til inneklime og lyssetting er ivaretatt på en god måte.

To sikkerhetsavdelinger har planlagt flytting inn i nybygg; Akershus universitetssykehus og St. Olavs Hospital. For Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, pågår det en prosess for å finne en aktuell tomt, men det foreligger ingen konkrete planer for nybygg.

4. ANBEFALINGER FOR FREMTIDIGE STATUSRAPPORTER

Arbeid med årets undersøkelse har vist flere forbedringspunkter, både med hensyn til metodikk og tematikk. Arbeidsgruppen vil anbefale at antall spørreskjemaer reduseres fra tre til to, hvor spørsmål fra Spørreskjema Behandler flyttes til Spørreskjema Leder og Spørreskjema Pasientopplysninger. Dette for å unngå at enkelte respondenter må svare på flere enn ett skjema. I tillegg må spørreskjemaene standardiseres med utvidet bruk av svaralternativer, for å lette analysearbeidet.

Vi anbefaler videre at det sees mer inngående på temaene *kvinner* og *ungdom/unge voksne*. Spørsmålene i årets undersøkelse fanget ikke i stor nok grad opp problemstillinger knyttet til disse gruppene, men svarene i undersøkelse antyder at dette er interessante temaer det bør sees nærmere på. I tillegg bør spørsmålene knyttet til oppfølging av pasientgruppen etter utskrivning fra sikkerhetsavdelingene være mer detaljert, slik at vi får mer kunnskap om alternative modeller for oppfølging av sikkerhetspsykiatriske pasienter, samt en bedre forståelse av kapasiteten i norsk sikkerhetspsykiatri.

⁴ Crowding er et engelsk uttrykk som betyr overfylt, mange personer på begrenset plass med for mye stimuli, og er forbundet med fysisk inndeling og innredning i lukkede miljøer. (Bak, 2015)

5. LITTERATUR

1. www.sifer.no
2. Kjelsberg E, Hartvig P. (2005): Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005. En statusrapport.
3. Kjelsberg E, Sandli C. (2009): Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008.
4. Haaland, C. F. (2015): Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015. En statusundersøkelse.
5. Status for norsk sikkerhetspsykiatri – oppdrag. Helsedirektoratet. 2019.
6. St.prp. nr. 63 (1997–98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.
7. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. 2009.
8. Stortingsmelding nr 25 1996-1997. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.
9. Robak-utvalget 1980; Innstilling vedr. omsorgen for særlig farlige og vanskelige sinnslidende.
10. Folkehelseinstituttet (FHI) (2016): Rusmidler i Norge 2016. Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet.
11. Evaluering av konsekvensene av lovendringer om særreaksjoner og varetektssurrogat, Rapport 1, SIFER 10.01.2020
12. Statistisk sentralbyrå, www.ssb.no (2019); Ytterligere nedgang av ofre for tyveri, men ikke trusler og vold.
13. Sigurjónsdóttir, M. (2009): Opptrappingsplanen for psykisk helse – idealer og realiteter. Tidsskrift for Norsk legeforening.
14. Doyle et.al. (2012).
15. Holmlund, O.: Utbytte av VIVO utdanningen i praksis. Oppgave i statistikk. Universitet i Nord. 2017
16. De Vogel, V. & Louppen, M. (2016). Measuring feelings of staff members towards their most complex female and male forensic psychiatric patients: A pilot study into gender differences. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15 (2), 174 - 185. DOI:10.1080/14999013.2016.1170741
17. Muller, E & Kempes, M. (2016). Gender differences in a Dutch forensic sample of severe violent offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15 (2), 164 - 173. DOI:10.1080/14999013.2016.1170741
18. Livanou, Furtado, Winsper, Silvester & Singh, (2019). Prevalence of mental disorders and symptoms among incarcerated youth: A meta analysis of 30 studies. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 18(4), 400 – 414 <https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1619636>
19. Baldwin, S. (1985). Effects of furniture rearrangement on the atmosphere of wards in a maximum-security hospital. *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 36 (5).
20. Daffern, M., Mayer, M.M. & Martin, T. (2004). Environment contributions to aggression in two forensic psychiatric hospitals. *International Journal of Forensic Mental Health*, Vol. 3 (1), 105 – 114.
21. Bak J. (2015) Mechanical Restraint. Preventive Factors in Theory and Practice [10.13140/RG.2.1.2681.5528]. [Copenhagen]: Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen.
22. Flannery, G.J. (1997). Hospital downsizing and patients' assaults on staff. *The Psychiatric Quarterly*, Vol. 68 (1), 67-76.
23. Lanza, M.L., (1988). Factors relevant to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 9, 239 – 258
24. Cox, V.C., Paulus, P.B. & McCain, G. (1984). Prison crowding research: The relevance of prison housing standards and general approach regarding crowding phenomena. *American Psychology*, Vol. 39, 1148 – 1160.
25. Statistisk sentralbyrå, www.ssb.no, tabell 06922: Spesialisthelsetjenesten. Aktivitet og døgnplasser, etter tjenesteområde og helseforetak 2002 - 2019

6. VEDLEGG

Helseforetakenes opptaksområder per 31.12.2019.

Sykehuset Østfold		
Halden	31 373	Østfold
Moss	33 041	Østfold
Sarpsborg	56 732	Østfold
Fredrikstad	82 385	Østfold
Hvaler	4 668	Østfold
Aremark	1 325	Østfold
Marker	3 595	Østfold
Rømskog	666	Østfold
Trøgstad	5 391	Østfold
Spydeberg	6 224	Østfold
Askim	15 947	Østfold
Eidsberg	11 545	Østfold
Skiptvet	3 805	Østfold
Rakkestad	8 255	Østfold
Råde	7 508	Østfold
Rygge	16 231	Østfold
Våler (Østfold)	5 736	Østfold
Hobøl	5 685	Østfold
Vestby	18 042	Akershus
Sykehuset Østfold	300 112	
Sykehuset Innlandet		
Hamar	31 369	Hedmark
Ringsaker	34 768	Hedmark
Løten	7 674	Hedmark
Stange	21 064	Hedmark
Åsnes	7 203	Hedmark
Våler (Hedmark)	3 662	Hedmark
Elverum	21 254	Hedmark
Trysil	6 627	Hedmark
Åmot	4 356	Hedmark
Stor-Elvdal	2 419	Hedmark
Rendalen	1 780	Hedmark
Engerdal	1 268	Hedmark
Tolga	1 562	Hedmark
Tynset	5 578	Hedmark
Alvdal	2 432	Hedmark
Folldal	1 545	Hedmark
Os (Hedmark)	1 891	Hedmark
Lillehammer	28 345	Oppland
Gjøvik	30 560	Oppland
Dovre	2 553	Oppland
Lesja	1 975	Oppland
Skjåk	2 197	Oppland
Lom	2 228	Oppland
Vågå	3 570	Oppland
Nord-Fron	5 723	Oppland
Sel	5 739	Oppland
Sør-Fron	3 119	Oppland
Ringebu	4 392	Oppland
Øyer	5 100	Oppland
Gausdal	6 106	Oppland
Østre Toten	14 973	Oppland
Vestre Toten	13 427	Oppland
Lunner	9 048	Oppland
Gran	13 630	Oppland
Søndre Land	5 617	Oppland
Nordre Land	6 633	Oppland
Sør-Aurdal	2 954	Oppland
Etnedal	1 279	Oppland
Nord-Aurdal	6 413	Oppland

Vestre Slidre	2 125	Oppland
Øystre Slidre	3 229	Oppland
Vang	1 578	Oppland
Sykehuset Innlandet	338 965	
Akershus universitetssykehus		
Nannestad	14 139	Akershus - Romerike
Hurdal	2 854	Akershus - Romerike
Eidsvoll	25 436	Akershus - Romerike
Ullensaker	39 625	Akershus - Romerike
Gjerdrum	6 890	Akershus - Romerike
Nes	22 410	Akershus - Romerike
Rælingen	18 530	Akershus - Romerike
Nittedal	24 249	Akershus - Romerike
Skedsmo	56 317	Akershus - Romerike
Fet	11 860	Akershus - Romerike
Sørums	18 488	Akershus - Romerike
Lørenskog	41 460	Akershus - Romerike
Aurskog-Høland	16 724	Akershus - Romerike
Kongsvinger	17 829	Hedmark – Kongsvingeregionen
Grue	4 612	Hedmark – Kongsvingeregionen
Nor-Odal	5 016	Hedmark – Kongsvingeregionen
Sør-Odal	7 905	Hedmark – Kongsvingeregionen
Eidskog	6 106	Hedmark – Kongsvingeregionen
Grorud	27 707	Oslo
Alna	49 801	Oslo
Stovner	33 316	Oslo
Nesodden	19 616	Akershus - Follo
Frogn	15 877	Akershus - Follo
Ski	31 303	Akershus - Follo
Oppegård	27 772	Akershus - Follo
Ås	20 652	Akershus - Follo
Enebakk	11 110	Akershus - Follo
Akershus universitetssykehus	577 604	
Oslo universitetssykehus		
Nordre Aker	52 327	Oslo
Bjerke	33 422	Oslo
Østern	50 806	Oslo
Nordstrand	52 459	Oslo
Søndre Nordstrand	39 066	Oslo
Sagene	45 089	Oslo
Marka	1 610	Oslo
Oslo universitetssykehus	274 779	
Lovisenberg/Diakonhjemmet		
Vestre Aker	50 157	Oslo - Diakonhjemmet
Ullern	34 569	Oslo - Diakonhjemmet
Frogner	59 269	Oslo - Diakonhjemmet
Grünerløkka	62 423	Oslo - Lovisenberg
Gamle Oslo	58 671	Oslo - Lovisenberg
St. Hanshaugen	38 945	Oslo - Lovisenberg
Sentrum	1 471	Oslo - Lovisenberg
Lovisenberg/Diakonhjemmet	305 505	
Vestre Viken		
Drammen	69 472	Buskerud
Kongsberg	27 723	Buskerud
Ringerike	30 641	Buskerud
Hole	6 799	Buskerud
Flå	1 050	Buskerud
Nes (Buskerud)	3 273	Buskerud
Gol	4 608	Buskerud
Hemsedal	2 486	Buskerud
Ål	4 674	Buskerud
Hol	4 441	Buskerud
Sigdal	3 467	Buskerud

Krødsherad	2 212	Buskerud
Modum	14 115	Buskerud
Øvre Eiker	19 423	Buskerud
Nedre Eiker	25 286	Buskerud
Lier	26 811	Buskerud
Røyken	22 752	Buskerud
Hurum	9 586	Buskerud
Flesberg	2 688	Buskerud
Rollag	1 390	Buskerud
Nore og Uvdal	2 439	Buskerud
Sande	10 034	Vestfold
Svelvik	6 628	Vestfold
Asker	62 103	Akershus
Bærum	127 731	Akershus
Jevnaker	6 852	Oppland
Vestre Viken	498 684	
Sykehuset i Vestfold		
Horten	27 341	Vestfold
Tønsberg	46 635	Vestfold
Sandefjord	63 764	Vestfold
Larvik	47 204	Vestfold
Holmestrand	14 517	Vestfold
Re	9 816	Vestfold
Færder	26 730	Vestfold
Sykehuset i Vestfold	236 007	
Sykehuset Telemark		
Porsgrunn	36 397	Telemark
Skien	54 942	Telemark
Notodden	12 607	Telemark
Siljan	2 340	Telemark
Bamble	14 061	Telemark
Kragerø	10 380	Telemark
Drangedal	4 060	Telemark
Nome	6 515	Telemark
Bø (Telemark)	6 613	Telemark
Sauherad	4 273	Telemark
Tinn	5 691	Telemark
Hjørtedal	1 573	Telemark
Seljord	2 888	Telemark
Kviteseid	2 403	Telemark
Nissedal	1 448	Telemark
Fyresdal	1 287	Telemark
Tokke	2 201	Telemark
Vinje	3 676	Telemark
Sykehuset Telemark	173 355	
Sørlandet Sykehus		
Risør	6 809	Aust-Agder
Grimstad	23 544	Aust-Agder
Arendal	44 999	Aust-Agder
Gjerstad	2 428	Aust-Agder
Vegårshei	2 097	Aust-Agder
Tvedestrand	6 053	Aust-Agder
Froland	5 951	Aust-Agder
Lillesand	11 074	Aust-Agder
Birkenes	5 226	Aust-Agder
Åmli	1 836	Aust-Agder
Iveland	1 331	Aust-Agder
Evje og Hornnes	3 634	Aust-Agder
Bygland	1 162	Aust-Agder
Valle	1 164	Aust-Agder
Bykle	965	Aust-Agder
Kristiansand	93 338	Vest-Agder
Sogndalen	6 713	Vest-Agder
Søgne	11 582	Vest-Agder

Marnardal	2 246	Vest-Agder
Mandal	15 792	Vest-Agder
Lindesnes	5 008	Vest-Agder
Farsund	9 691	Vest-Agder
Flekkefjord	9 028	Vest-Agder
Vennesla	14 774	Vest-Agder
Åseral	932	Vest-Agder
Audnedal	1 744	Vest-Agder
Lyngdal	8 621	Vest-Agder
Hægebostad	1 680	Vest-Agder
Kvinesdal	5 987	Vest-Agder
Sirdal	1 822	Vest-Agder
Sørlandet Sykehus	307 231	
Helse Stavanger		
Eigersund	14 811	Rogaland
Stavanger	135 510	Rogaland
Sandnes	78 549	Rogaland
Sokndal	3 280	Rogaland
Lund	3 202	Rogaland
Bjerkreim	2 787	Rogaland
Hå	18 991	Rogaland
Klepp	19 588	Rogaland
Time	18 916	Rogaland
Gjesdal	12 002	Rogaland
Sola	27 153	Rogaland
Randaberg	11 221	Rogaland
Strand	12 806	Rogaland
Hjelmeland	2 651	Rogaland
Kvitsøy	517	Rogaland
Finnøy	3 156	Rogaland
Rennesøy	4 831	Rogaland
Forsand	1 150	Rogaland
Helse Stavanger	371 121	
Helse Fonna		
Haugesund	37 357	Rogaland
Suldal	3 804	Rogaland
Saude	4 595	Rogaland
Bokn	852	Rogaland
Tysvær	11 065	Rogaland
Karmøy	42 186	Rogaland
Utsira	198	Rogaland
Vindafjord	8 714	Rogaland
Etne	4 062	
Sveio	5 766	Hordaland
Bømlo	11 957	Hordaland
Stord	18 759	Hordaland
Fitjar	3 189	Hordaland
Tysnes	2 869	Hordaland
Kvinnherad	13 071	Hordaland
Ullensvang	3 326	Hordaland
Jondal	1 097	Hordaland
Odda	6 692	Hordaland
Helse Fonna	179 559	
Helse Bergen		
Bergen	283 929	Hordaland
Ulvik	1 080	Hordaland
Voss	14 760	Hordaland
Kvam	8 457	Hordaland
Samnanger	2 485	Hordaland
Austevoll	5 236	Hordaland
Øygarden	4 814	Hordaland
Askøy	29 553	Hordaland
Vaksdal	3 977	Hordaland
Modalen	388	Hordaland

Osterøy	8 098	Hordaland
Austrheim	2 870	Hordaland
Fedje	548	Hordaland
Masfjorden	1 691	Hordaland
Granvin	913	Hordaland
Fusa	3 864	Hordaland
Os (Hordaland)	21 044	Hordaland
Sund	7 134	Hordaland
Fjell	26 368	Hordaland
Meland	8 256	Hordaland
Radøy	5 089	Hordaland
Lindås	15 879	Hordaland
Eidfjord	906	Hordaland
Gulen	2 297	Sogn og Fjordane
Helse Bergen	459 636	
Helse Førde		
Solund	802	Sogn og Fjordane
Hyllestad	1 328	Sogn og Fjordane
Høyanger	3 991	Sogn og Fjordane
Vik	2 635	Sogn og Fjordane
Sogndal	8 325	Sogn og Fjordane
Aurland	1 781	Sogn og Fjordane
Lærdal	2 126	Sogn og Fjordane
Årdal	5 193	Sogn og Fjordane
Luster	5 174	Sogn og Fjordane
Askvoll	3 011	Sogn og Fjordane
Fjaler	2 802	Sogn og Fjordane
Naustdal	2 777	Sogn og Fjordane
Førde	13 185	Sogn og Fjordane
Jølster	3 055	Sogn og Fjordane
Gaular	3 013	Sogn og Fjordane
Bremanger	3 629	Sogn og Fjordane
Eid	6 195	Sogn og Fjordane
Selje	2 729	Sogn og Fjordane
Gloppen	5 854	Sogn og Fjordane
Stryn	7 130	Sogn og Fjordane
Flora	11 810	Sogn og Fjordane
Vågsøy	5 930	Sogn og Fjordane
Balestrand	1 282	Sogn og Fjordane
Leikanger	2 350	Sogn og Fjordane
Helse Førde	106 107	
Helse Møre og Romsdal		
Aukra	3 494	Møre og Romsdal
Aure	3 507	Møre og Romsdal
Averøy	5 788	Møre og Romsdal
Eide	3 437	Møre og Romsdal
Fræna	9 842	Møre og Romsdal
Giske	8 462	Møre og Romsdal
Gjemnes	2 629	Møre og Romsdal
Halsa	1 563	Møre og Romsdal
Haram	9 352	Møre og Romsdal
Hareid	5 175	Møre og Romsdal
Herøy	8 900	Møre og Romsdal
Kristiansund	24 179	Møre og Romsdal
Midsund	2 010	Møre og Romsdal
Molde	27 028	Møre og Romsdal
Neset	2 929	Møre og Romsdal
Norddal	1 612	Møre og Romsdal
Rauma	7 468	Møre og Romsdal
Sande	2 461	Møre og Romsdal
Sandøy	1 208	Møre og Romsdal
Skodje	4 779	Møre og Romsdal
Smøla	2 150	Møre og Romsdal
Stordal	937	Møre og Romsdal
Stranda	4 523	Møre og Romsdal

Sula	9 310	Møre og Romsdal
Sunnadal	7 036	Møre og Romsdal
Surnadal	5 920	Møre og Romsdal
Sykkylven	7 625	Møre og Romsdal
Tingvoll	3 025	Møre og Romsdal
Ulstein	8 571	Møre og Romsdal
Vestnes	6 532	Møre og Romsdal
Volda	9 207	Møre og Romsdal
Hornindal	1 162	Møre og Romsdal
Ørskog	2 254	Møre og Romsdal
Ørsta	10 929	Møre og Romsdal
Ålesund	48 680	Møre og Romsdal
Vanylven	3 117	Møre og Romsdal
Helse Møre og Romsdal	266 801	
St. Olavs hospital		
Rindal	2 003	Trøndelag
Trondheim	199 039	Trøndelag
Klæbu	6 124	Trøndelag
Hemne	4 198	Trøndelag
Snillfjord	968	Trøndelag
Hitra	4 720	Trøndelag
Frøya	5 151	Trøndelag
Ørland	5 368	Trøndelag
Bjugn	4 955	Trøndelag
Åfjord	3 348	Trøndelag
Oppdal	7 001	Trøndelag
Rennebu	2 486	Trøndelag
Orkdal	12 245	Trøndelag
Meldal	3 881	Trøndelag
Agdenes	1 655	Trøndelag
Røros	5 581	Trøndelag
Holtålen	1 981	Trøndelag
Midtre Gauldal	6 238	Trøndelag
Melhus	16 733	Trøndelag
Skaun	8 325	Trøndelag
Malvik	14 148	Trøndelag
Selbu	4 062	Trøndelag
Tydal	769	Trøndelag
Roan	940	Trøndelag
Indre Fosen	10 016	Trøndelag
St. Olavs Hospital	331 935	
Helse Nord-Trøndelag		
Flatanger	1 103	Trøndelag
Fosnes	610	Trøndelag
Grong	2 359	Trøndelag
Høylandet	1 231	Trøndelag
Inderøy	6 816	Trøndelag
Leka	557	Trøndelag
Levanger	20 164	Trøndelag
Lierne	1 355	Trøndelag
Meråker	2 422	Trøndelag
Namdalseid	1 555	Trøndelag
Namsos	13 013	Trøndelag
Namsskogan	843	Trøndelag
Overhalla	3 884	Trøndelag
Osen	948	Trøndelag
Røyrvik	461	Trøndelag
Snåsa	2 063	Trøndelag
Steinkjer	22 058	Trøndelag
Verran	2 367	Trøndelag
Stjørdal	24 145	Trøndelag
Verdal	14 948	Trøndelag
Frosta	2 627	Trøndelag
Nærøy	5 079	Trøndelag
Vikna	4 596	Trøndelag

Bindal	1 426	Nordland
Helse Nord-Trøndelag	136 630	Trøndelag
Helgelandsykehuset		
Nesna	1 761	Nordland – Mo i Rana
Hemnes	4 454	Nordland – Mo i Rana
Rana	26 184	Nordland – Mo i Rana
Rødøy	1 213	Nordland – Mo i Rana
Delers av Lurøy	(1 890) 945	Nordland – Mo i Rana
Træna	435	Nordland - Sandnessjøen
Dønna	1 371	Nordland - Sandnessjøen
Leirfjord	2 294	Nordland - Sandnessjøen
Alstadhaug	7 447	Nordland - Sandnessjøen
Sømna	1 975	Nordland - Sandnessjøen
Brønnøy	7 917	Nordland - Sandnessjøen
Vega	1 200	Nordland - Sandnessjøen
Vevelstad	462	Nordland - Sandnessjøen
Herøy	1 777	Nordland - Sandnessjøen
Vefsn	13 278	Nordland - Mosjøen
Grane	1 482	Nordland - Mosjøen
Hattfjelldal	1 297	Nordland - Mosjøen
Helgelandsykehuset	75 492	
Nordlandssykehuset		
Beiarn	1 017	Nordland - Salten
Bodø	52 357	Nordland - Salten
Fauske	9 739	Nordland - Salten
Gildeskål	1 950	Nordland - Salten
Hamarøy	1 744	Nordland - Salten
Saltødal	4 671	Nordland - Salten
Steigen	2 608	Nordland - Salten
Meløy	6 288	Nordland - Salten
Delers av Lurøy	(1 890) 945	Nordland - Salten
Sjørfold	1 926	Nordland - Salten
Vågan	9 608	Nordland - Lofoten
Vestvågøy	11 433	Nordland - Lofoten
Flakstad	1 272	Nordland - Lofoten
Moskenes	1 015	Nordland - Lofoten
Værøy	728	Nordland - Lofoten
Røst	498	Nordland - Lofoten
Andøy	4 663	Nordland - Vesterålen
Bø	2 569	Nordland - Vesterålen
Hadsel	8 061	Nordland - Vesterålen
Sortland	10 566	Nordland - Vesterålen
Øksnes	4 410	Nordland - Vesterålen
Nordlandssykehuset	138 068	
Universitetssykehuset i Nord-Norge		
Tromsø	76 974	Troms
Harstad	24 703	Troms
Kvæfjord	2 839	Troms
Skånland	2 979	Troms
Ibestad	1 361	Troms
Gratangen	1 091	Troms
Lavangen	1 034	Troms
Bardu	4 005	Troms
Salangen	2 146	Troms
Målselv	6 640	Troms
Sørreisa	3 464	Troms
Dyrøy	1 083	Troms
Tranøy	1 488	Troms
Torsken	900	Troms
Berg	844	Troms
Lenvik	11 619	Troms
Balsfjord	5 559	Troms
Karlsøy	2 200	Troms
Lyngen	2 794	Troms

Storfjord	1 829	Troms
Kåfjord	2 071	Troms
Skjervøy	2 927	Troms
Nordreisa	4 861	Troms
Kvænangen	1 191	Troms
Narvik	18 511	Nordland
Tysfjord (øst for Tysfjorden)	1 912	Nordland
Lødingen	2 034	Nordland
Tjeldsund	1 237	Nordland
Evenes	1 348	Nordland
Ballangen	2 445	Nordland
Universitetssykehuset i Nord-Norge	194 089	(Inkl. hele Tysfjord)
Finnmarksykehuset		
Loppa	888	Finnmark
Hasvik	1 005	Finnmark
Hammerfest	10 475	Finnmark
Alta	20 789	Finnmark
Kvalsund	973	Finnmark
Måsøy	1 225	Finnmark
Nordkapp	3 162	Finnmark
Kautokeino	2 910	Finnmark
Karásjok	2 628	Finnmark
Porsanger	3 998	Finnmark
Lebesby	1 290	Finnmark
Gamvik	1 132	Finnmark
Berlevåg	957	Finnmark
Båtsfjord	2 221	Finnmark
Vardø	2 029	Finnmark
Vadsø	5 788	Finnmark
Tana	2 918	Finnmark
Nesseby	926	Finnmark
Sør-Varanger	10 158	Finnmark
Finnmarkssykehuset	75 472	

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER Sør-Øst)

Sognsvannsveien 21, bygg 7

0372 Oslo

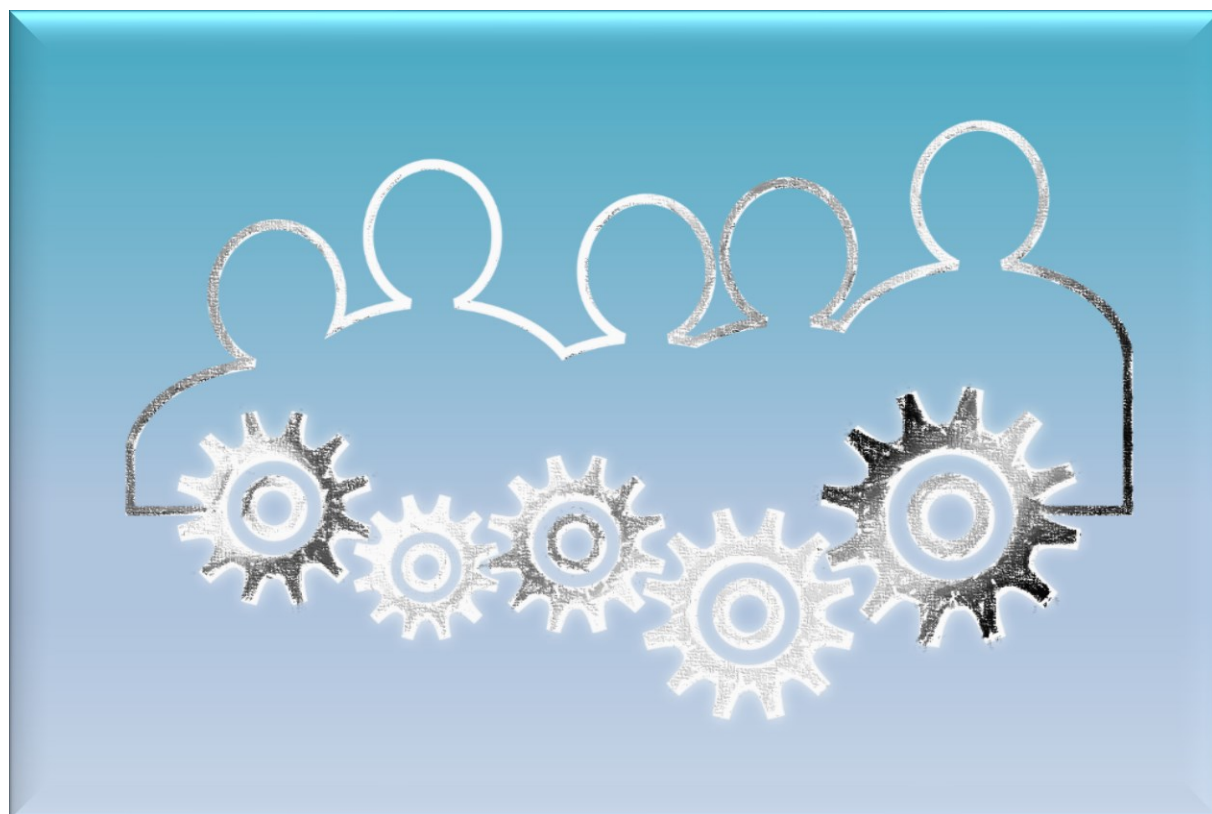
www.sifer.no

ISBN 978-82-692218-0-0

Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien

– en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune

SIFER 2020



Forord

Utfordringer knyttet til utskrivningsprosesser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig voldsproblematikk er beskrevet i flere stortingsmeldinger og tilsynsrapporter de senere årene.

Pasientpopulasjonen har omfattende utfordringer, komplekse behov, og det beskrives i økende grad at både spesialisthelsetjenesten og kommune strever med å gi et adekvat sikkerhets-, behandlings-, og omsorgstilbud.

Det er behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal utskrives fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger til lavere behandlingsnivå i psykisk helsevern og/eller til kommunen. Denne kunnskapen er nødvendig for å kunne tilpasse tjenestene, slik at de kan gi rett helsehjelp til pasientgruppen på rett omsorgsnivå og håndtere dagens utfordringer på en mest mulig hensiktsmessig måte. Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» er det i 2020 gjennomført en kartlegging av pasienter og utskrivningsprosesser fra sikkerhetsavdeling. Samtidig har en undersøkt andre mottakende avdelinger i psykisk helsevern og kommunene sitt syn på vansker og suksessfaktorer for å få denne pasientgruppen utskrevet.

Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet og er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, seksjon forskning og poliklinikk, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri på vegne av SIFER. SIFER, nasjonalt nettverk for de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri, har definert prosjektet som et nasjonalt samarbeidsprosjekt.

På vegne av prosjektgruppen og med god hjelp fra samarbeidspartnerne i prosjektet er rapporten skrevet av psykologspesialistene Henriette Madsen Eriksen (Lovisenberg DPS), Hilde Jorunn Kvamme (RSA Brøset) og Antje Gross-Benberg (KPS Brøset).

Vi retter en stor takk til alle avdelinger og enheter både i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern og kommunene som har bidratt med entusiasme og engasjement til gjennomføring av dette prosjektet. Vi ønsker videre å takke SIFER, alle tjenestetilbydere og samarbeidspartnere, samt styringsgruppen for innsatsen i prosjektet.

Vi ønsker å takke Helsedirektoratet og vår kontaktperson for evalueringsarbeidet, seniorrådgiver Martin Sjøly, for et godt samarbeid.

Trondheim, 08.10.20

Ragnhild Johansen

Avdelingssjef, St. Olavs Hospital, avdeling Brøset

Innholdsfortegnelse

1. Forord	1
Innholdsfortegnelse	2
2. Sammendrag	3
3. Bakgrunn for prosjektet	4
4. Begrepsavklaringer	6
5. Dagens situasjon og rammebetingelser	7
Organisatoriske rammebetingelser	7
Faglige rammebetingelser	8
Juridiske rammebetingelser	10
Økonomiske rammebetingelser	12
6. Metode	12
Utvalg	12
Spørreskjema og prosedyre	13
Analysestrategi	13
Personvern, oppbevaring og lagring av data	14
Ethiske betraktninger	14
Metodekritikk	14
7. Funn og resultater	15
Funn: Utskrivningsklare pasienter	16
Funn: Årsaker til at pasientene ventet på utskrivelse	19
Funn: Samarbeidsprosesser mellom de ulike sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivåene	22
8. Drøfting	25
Sikkerhetspsykiatrien, pasientgruppa og utskrivelse til lavere omsorgsnivå	25
Juridiske rammebetingelser: Ulikheter knyttet opp mot bruk av tvang, samfunnsvern og kommunetilhørighet	28
Økonomiske behov og finansiering knyttet til ressurser som personell, bolig og døgnplasser	31
Samarbeid og samhandling: Hva skal til for at eksisterende forskrifter og prosedyrer tas i bruk?	32
9. Tiltak og anbefalinger	35
Organisatoriske rammebetingelser	36
Faglige rammebetingelser	36
Juridiske rammebetingelser	37
Økonomiske rammebetingelser	37
10. Prosjektets organisering	39
11. Referanser	40
12. Vedlegg	43
Vedlegg 1. Oppdragsdokument fra Helsedirektoratet	43
Vedlegg 2. Følgeskriv og spørreskjema	44
Vedlegg 3. Særuttalelse fra NAPHA og Trondheim kommune av 28.10.2020	45

Sammendrag

Dette er sluttrapporten fra prosjektet «Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien». På oppdrag fra Helsedirektoratet har SIFER gjennomført en kartlegging av dagens situasjon og utfordringer knyttet til utskrivning og mottak av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge.

Kartleggingen bygger på resultater fra en spørreskjemabasert undersøkelse sendt til alle regionale og lokale sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Norge, samt til spesialisthelsetjenestens avdelinger innen psykisk helsevern og kommuner som har mottatt henvendelser om utskrivningsklare pasienter i løpet av 2019. I tillegg er pasienter som var utskrivningsklare fra sikkerhetsavdeling per. 31.12.19 kartlagt.

Kartleggingen viser at mange kommuner og mottakeravdelinger innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern tar imot pasienter med sammensatte utfordringer fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Pasientgruppen har alvorlige psykiske lidelser og forhøyet risiko for framtidig vold, og ofte samtidig rusavhengighet. Kartleggingen viser også en økning i antall utskrivelser. Dette tyder på større gjennomstrømning av pasienter fra sikkerhetsavdeling til det kommunale tjenestetilbudet, samtidig med oppsøkende og ambulerende spesialisthelsetjenester. De vellykkede prosessene finnes, men resultatene indikerer at de skjer mer på tross av enn på grunn av de ytre rammer som foreligger.

Vi har undersøkt hva som ikke fungerer i utskrivelsesprosessen, og funnene peker på komplekse og sammensatte behov, ikke bare hos pasientgruppen, men også for kommunene som skal motta dem. Det handler om lovverk, økonomi, kompetanse, kultur for samhandling og det å danne en felles forståelse for hele utfordringsbildet mellom alle involverte. Dette inkludert egenskaper hos pasienten, så vel som egenskaper ved sikkerhetsavdelingene, mottakeravdelingene og kommunene.

Rapporten belyser videre hvilke tiltak som kan ha betydning for bedret rettssikkerhet og livskvalitet for en utsatt pasientgruppe, hva som må til for å gi helhetlige og koordinerte helsetjenester og bidra til enda bedre pasientflyt, samtidig som samfunnsvern hensynet ivaretas.

En rekke tiltak anbefales på bakgrunn av kartleggingen. Ulike verktøy, inkludert de forskrifter og den kunnskap som eksisterer, må gjøres kjent og faktisk benyttes. Der lovverk står i motsetningsforhold til hverandre eller gir grunnlag for tvetydigheter må dette avklares. Finansieringsordningene må sikre pasientgruppen et helhetlig, differensiert og adekvat tjenestetilbud. Dette må inkludere boligformer som ivaretar både pasientgruppens behandlings- og omsorgsbehov, deres rettssikkerhet knyttet til frihetsbegrensninger og bruk av tvang, samtidig med at samfunnsvern hensynet ivaretas.

Det er behov for videre kartlegging og forskning knyttet til sikkerhetspsykiatriske pasienter og utskrivelsesprosesser. Spesielt med tanke på å ivareta pasientenes eget perspektiv, og for å få mer kunnskap om ulike undergrupper som denne kartleggingen tyder på at er spesielt ressurskrevende og vanskelig å få bosatt ut i kommunen. Et system for bedre og enhetlig registrering av pasientgruppen anses også helt nødvendig for å få en god og tilstrekkelig oversikt over pasientgruppen, noe som ikke er mulig per i dag.

Bakgrunn for prosjektet

Det er en utfordring nasjonalt at pasienter som er vurdert ferdig behandlet ved sikkerhetsavdelinger i psykisk helsevern må vente for lenge i sykehuset før utskrivning til lavere omsorgsnivå kan gjennomføres. Årsakene til slike forsinkelser er lite forsket på og svakt dokumentert. Det er imidlertid gjennomført fire statusundersøkelser av norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger (Kjelsberg m.fl., 2005; Kjelsberg m.fl., 2009; Haaland, 2016; Kilden m.fl., 2020). I de to første statusundersøkelsene rapporterte flertallet av de regionale og lokale sikkerhetsavdelingene at de ikke alltid fikk skrevet ut pasienter som av dem ble vurdert som utskrivningsklare, og at hovedårsaken var mangel på langtidsplasser og rehabiliteringsplasser i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenestens institusjoner på lavere behandlingsnivå. I den tredje undersøkelsen kom det fram at 71 av de innlagte pasientene på undersøkelsestidspunktet kunne ha vært utskrevet til lavere sikkerhetsnivå, hvorav 46 kunne ha vært utskrevet til hjemkommunen. De fleste av behandlerne mente også at enhetene ikke hadde tilfredsstillende pasientsirkulasjon. Den fjerde rapporten viser stor forskjell på sikkerhetspsykiatrisk kapasitet ved de ulike helseforetakene i landet og at reduksjonen av døgnplasser i allmennpsykiatrien får konsekvenser for sikkerhetspsykiatrien. Flere artikler har også vist til at situasjonen i sikkerhetspsykiatrien er sterkt avhengig av kapasiteten i andre deler av psykiatrien (Husby m.fl., 2003; Sigurjónsdóttir, 2009 a og b). Det er særskilt viktig at døgnplassene i psykisk helsevern driftes på en slik måte at tilgjengeligheten for nye pasienter er tilfredsstillende.

Overføring mellom tjenestenivåene er spesielt utfordrende for pasienter med store sammensatt behov pga. alvorlige psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet og lavt funksjonsnivå (Ose m.fl. 2019). Pasienter innlagt på norske sikkerhetsavdelinger kjennetegnes av at de har en alvorlig psykisk lidelse, primært i form av psykoselidelse, ofte en eller flere rusdiagnoser og at de har begått voldshandlinger i psykotisk og/eller ruset tilstand (Kjelsberg m.fl., 2005; Kjelsberg m.fl., 2009; Haaland, 2016). Denne pasientgruppen skiller seg vesentlig fra de fleste andre pasientgrupper når det gjelder deres behov for innhold og omfang av behandling, og dermed også hvor ressurskrevende behandling og oppfølging vil være. I en rapport fra Helsedirektoratet pekes det på utfordringer knyttet til egenomsorg, utagerende eller truende atferd, tendens til isolasjon, samt nedsatt evne til involvering og relasjonsbygging, og videre at pasientene gjerne avviser kontakt med andre og ofte har rusmiddelmisbruk og samtidige somatiske lidelser (Helsedirektoratet IS-1554, 2008). Pasientgruppen kjennetegnes også ved bostedsløshet eller problemer med å beholde en bolig, de har hyppige og ikke planlagte innleggelses og konsekvensene ved tilbakefall med tanke på psykiske utfordringer er store, som for eksempel nye psykosegjennombrudd.

Kun et fåtall pasienter er innlagt frivillig i en sikkerhetsavdeling. Pasienter kan være underlagt strafferettslig tvungent psykisk helsevern etter [Straffeloven \(strl.\) § 62](#). For disse pasientene regulerer psykisk helsevernlovens ([phvl.](#)) [kap. 5](#) gjennomføringen av det tvungne vernet. Pasienter som er underlagt sivilrettslig tvungent psykisk helsevern er innlagt etter [phvl. §3-3](#). I tillegg kan enkelte pasienter være innlagt etter andre strafferettslige grunnlag som varetektssurrogat etter [Straffeprosessloven \(strpl.\) § 188](#), eller til tvungen psykiatrisk undersøkelse etter [strpl. § 167](#). Noen kan også være innlagt etter [Straffegjennomføringsloven](#) i institusjon eller sykehus og derav gjennomføre deler av sin soning i sikkerhetsavdeling.

BEON-prinsippet (best effektive omsorgsnivå) i norske helsetjeneste slår fast at en pasient skal behandles og oppholde seg på det nivå som vurderes som riktig behandlings- og omsorgsmessig. Omsorg er ifølge samhandlingsreformen i stadig mindre grad en oppgave for spesialisthelsetjenesten, og intensjonen bak BEON-prinsippet er at omsorg skal gis i hjemkommunen etter [Helse- og omsorgsloven \(2011\)](#) og [Pasient- og brukerrettighetsloven \(2001\)](#) (St. Meld. 47 2008-2009). På hvilket nivå pasientene bør ivaretas, er imidlertid ikke alltid entydig verken ut ifra pasientenes behandlingsbehov eller det tjenestetilbudet som kan gis på de ulike tjenestenivåene. Legalitetsprinsippet (prinsippet om at inngrep i borgernes frihet krever hjemmel i lov) er nedfelt i [Grunnloven § 113](#). En utfordring er at sentrale prinsipper kan komme i konflikt med hverandre. Dilemmaer knyttet til ivaretagelse av pasientgruppen har skapt diskusjon i over hundre år, i spennet mellom hensynet til den enkelte pasient og hensynet til samfunnsvernet. Om samfunnet skal beskytte seg mot voldshandlinger begått av personer med alvorlig psykisk lidelse, vil noen pasienter få redusert sin frihet og kunne bli underlagt tvang. Dette vil igjen kunne oppfattes å stå i motsetning til nasjonale forventninger til helsetjenesten om minst mulig bruk av tvang. Et samfunn som forventer full beskyttelse mot fremtidige voldshandlinger, vil kunne risikere at pasienter forbli værende innlagt på et sikkerhetsnivå med større grad av tvang og innskrenkninger enn nødvendig. En slik dynamikk kan påvirke pasientens rett til selvbestemmelse og frihet negativt, og vil i tillegg være en dyr og lite effektiv bruk av et begrenset antall sengeplasser. For få rehabiliteringsplasser i psykisk helsevern og et utilstrekkelig kommunalt mottakstilbud er en potensiell trussel mot pasientenes rettssikkerhet, da det også kan bidra til at noen pasienter forblir innlagt på et for høyt sikkerhetsnivå, som de ikke lengre er i behov av. Det kan videre være at pasienter skrives ut for tidlig fra sengepost med økt fare for tilbakefall, fordi det i økende grad mangler langtidsplasser å skrive ut til. Dette kan også medføre at pasienten og dens rettssikkerhet ikke ivaretas godt nok. For noen i denne pasientgruppen vil samfunnets krav til beskyttelse være bestemmende for hvor pasienten skal ha opphold, uavhengig av pasientens behandlingsbehov. Der pasientens behandlingsbehov og samfunnets krav om beskyttelse står i motsetning til hverandre, må statens plikt til å verne sine borgere ivaretas.

Høyesterett ga i «Reitgjerdet II»-dommen erstatning til flere pasienter innlagt på Reitgjerdet med den begrunnelse at de over lengre tid hadde vært innlagt på et sikkerhetsnivå de ikke var i behov av. Granskingen i forbindelse med «Reitgjerdet-skandalen» viste at mange pasienter forble for lenge i sykehuset før utskrivning (Blom m.fl., 1980) og markerte en kursendring i norsk psykiatri (Robak m.fl., 1980). Det oppsto en vilje til å begrense bruken av institusjonsbehandling for psykisk syke, og dagens organisering med regionale og lokale sikkerhetsavdelinger ble opprettet (ibid.). Vanskene med å få utskrevet pasienter til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå som fremkom i «Statusundersøkelsen sikkerhetspsykiatri 2015» (Haaland, 2016) medførte et behov for å kartlegge utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien. Denne statusundersøkelsen er bakgrunnen for prosjektets oppdragsdokument gitt av Helsedirektoratet (Vedlegg 1). Rapporten vil i tråd med oppdragsdokumentet redegjøre for utfordringer og dilemmaer som knytter seg til sikkerhetspsykiatriske pasienter og utskrivningsprosesser fra sikkerhetsavdeling og hele veien ut til et kommunalt tjenestetilbud.

Begrepsavklaringer

Sikkerhetspsykiatri er en betegnelse på den delen av psykisk helsevern som behandler pasienter med aggresjons- eller voldsproblematikk, eller er i behov av spesielt personalintensiv behandling. De fleste pasientene i sikkerhetspsykiatrien har psykoseproblematikk. Mange pasienter har tilleggsproblemer i form av rusmisbruk, selvskading, utviklingsforstyrrelser og/eller personlighetsforstyrrelser. Sikkerhetspsykiatriske enheter er ekstra godt bemannet og har spesiell adgangskontroll. De fleste av pasientene som er innlagt her er underlagt tvungent psykisk helsevern, mange etter overføring på dom til behandling. Norge har 3 regionale sikkerhetsavdelinger og 20 lokale sikkerhetsavdelinger.

Med begrepet **sikkerhetspsykiatrisk pasient** menes i prosjektet en pasient som enten er innlagt i sikkerhetspsykiatrien eller er utskrevet til en annen avdeling i spesialisthelsetjenesten eller kommune fra en sikkerhetspsykiatrisk avdeling i løpet av 2019.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer **vold** som: «Forsettlig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner, eller en gruppe. For å regnes som vold må handlingen resultere i, eller ha høy sannsynlighet for å resultere i død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling». Dette omfatter seksuelle og psykologiske overgrep, men også mangel på handling; omsorgssvikt. En mye brukt definisjon er også Per Isdals: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil» (Isdal, Meningen med volden, 2000).

Det finnes i dag ingen klar definisjon på hva som menes med **samfunnsvern**. Samfunnsvern i denne sammenhengen brukes i betydningen vern av samfunnet mot ny, alvorlig vold som kvalifiserer til tvungent psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven (phvl.) har hjemler for bruk av tvang. Hovedansvaret for å ivareta samfunnsvernet i oppfølgingen av pasienter med dom til tvunget psykisk helsevern ligger hos den faglig ansvarlige.

Begrepet **utskrivningsklar pasient** defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå per 31.12.19, eller som har blitt utskrevet i løpet av 2019. Dette inkluderer alle pasienter som er vurdert klare til utskrivning til en annen døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern eller utskrivning til kommunen.

Det vises flere steder til ulike lovverk med en forkortet benevnelse: Psykisk helsevernloven (**phvl.**), Helse- og omsorgstjenesteloven (**hol.**), Straffeloven (**strl.**) og Straffeprosessloven (**stpl.**), samt at Lov om kommuner og fylkeskommuner betegnes som **kommuneloven**. Lovene er oppført med korrekt navn og Lovdatahenvisning i referanselisten til sist. Andre forkortelser som går igjen er psykisk helsevern (**PHV**), tvungent psykisk helsevern (**TPHV**), Regionale Helseforetak (**RHF**), Helseforetak (**HF**), Regional sikkerhetsavdeling (**RSA**), Distriktpsikiatriske sykehus (**DPS**), Assertiv Community Team (**ACT**), Flexible Assertive Community Treatment (**FACT**) og Individuell Plan (**IP**). I rapporten benyttes **pasient** gjennomgående, der annen litteratur heller benytter betegnelsen bruker.

Dagens situasjon og rammebetingelser

Organisatoriske rammebetingelser

Staten med Helse- og omsorgsdepartementet i spissen, er ansvarlig for en helhetlig og samordnet politikk innenfor områdene rus og psykisk helse. Ansvaret er fordelt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ifølge Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) er det imidlertid kommunen selv som bestemmer hvordan kommunale tjenester skal organiseres og struktureres, mens de fire Regionale helseforetakene (RHF) har som oppgave å organisere de spesialiserte tjenestene innen helse. Spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern er delt i 3 nivåer der sykehuset både har spesialiserte- og allmenntjenester, og et distrikt psykiatrisk nivå (DPS).

I Norge finnes det per i dag tre regionale sikkerhetsavdelinger (RSA). Dette er Dikemark (Oslo Universitetssykehus), Brøset (St. Olavs Hospital) og Sandviken (Haukeland Sykehus). Universitetssykehuset i Tromsø og Nordlandssykehuset i Bodø skal i tillegg etablere noen regionale plasser fra 2021, men så langt henviser de ved behov til St. Olavs hospital. I tillegg er det 20 lokale sikkerhetspsykiatriske avdelinger lokalisert rundt om i landet (se kart). Det finnes ingen enhetlig organisering av helsetjenestene til pasientgruppen, eller prosedyre for utskrivning av pasienter fra sikkerhetsavdeling og ut til bolig i kommunen. Sikkerhetspsykiatrien har derfor helt siden oppstarten på 1980-tallet i noen grad utviklet særegne rehabiliteringstilbud med store lokale forskjeller (Haaland, 2016).

Sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i Norge

Lokal: ▲

Akershus universitetssykehus
Oslo universitetssykehus
Sykehuset Innlandet
Sykehuset Telemark
Sykehuset Vestfold
Sykehuset Østfold
Sykehuset Sørlandet
Vestre Viken
Helse Fonna
Helse Bergen
Helse Stavanger
St. Olavs hospital
Møre og Romsdal
Nordlandssykehuset
Universitetssykehuset Nord-Norge

Regional: ○

Bergen
Trondheim
Oslo
(Tromsø og Bodø oppstart 2021)



Sammenlignet med andre vestlige land har Norge et lavt antall sikkerhetspsykiatriske døgnplasser med sine til sammen 220 senger. Statusrapporten fra 2020 viser at sikkerhetspsykiatrien er i endring. Selv om antall behandlingsplasser per 100.000 innbyggere har vært stabilt de siste årene, har antall utskrivelser økt. Innføringen av særreaksjonene i

2002 og lovendringer initiert av justissektoren har medført at sikkerhetspsykiatriske plasser i større grad blir belagt av personer innlagt etter ulike strafferettslig grunnlag (Kilden m.fl., 2020). Dermed legges det beslag på sengeplasser i det psykiske helsevernet i en tid hvor det totale antallet sengeplasser blir færre år for år, noe som igjen setter hele det psykiske helsevernet under press. Andelen pasienter med schizofrenidiagnoser har økt, og av disse er det en «større andel av pasienter med rusbruk, enn for [andre] pasientgrupper» (ibid.).

Parallelt har det de siste 20 årene vært en formidabel vekst i kommunehelsetjenestens antall årsverk og tiltak innenfor psykisk helse og rus (Sintef 2018; 2019). Dette fordi kommunehelsetjenesten har fått overført en rekke oppgaver som tidligere ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Endringen i kommunene startet med «Opptappingsplanen for psykisk helse» ([St.prp.nr.63 1999-2006](#)) og er opprettholdt med de senere vedtatte strategiene i «Opptappingsplan for rusfeltet» ([Prop.15s 2016-2020](#)) og «Mestre hele livet» ([Dep. 2017–2022](#)). Norske kommuner er veldig ulike både når det gjelder geografi, antall innbyggere og hvordan tjenestene innen psykisk helse og rus er bygd opp (KS FOU, 2016). Organisatoriske rammebetingelser og strukturer er dermed ulike, samtidig med at behovet for ressurskrevende tjenester kan variere mellom kommunene. Kommunens tjenestetilbud bygger også i hovedsak på at tjenestemottakerne tar imot hjelp frivillig.

Ulike behov og ulik organisering krever god samhandling mellom tjenestenivåene. Samhandlingsreformen vektlegger også at pasienter skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte pasient. I samhandlingsreformen legges det særlig vekt på god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner ([St. Meld. 26, 2014–2015](#)). Pakkeforløpene for psykisk helse og rus som ble innført i 2019 gir føringer for tjenesteytere som skal legge til rette for pasientens medvirkning, og sikre en god og helhetlig helsetjeneste. I Nasjonal helse- og sykehusplan ([St. Meld. 7, 2019](#)) fokuseres det videre på samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, som også skal bidra til helhetlige og samtidige helsetjenester for pasienter med alvorlige og sammensatte behov. Enkelte kommuner har videre inngått samarbeid med spesialisthelsetjenesten om felles ambulante tiltak, slik som Assertiv Community Team (ACT) eller Flexible Assertive Community Treatment (FACT). Alle disse arbeider etter en modell for oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer med fokus på brukerens mestring, fungering og integrering i lokalsamfunnet.

Faglige rammebetingelser

Det overordnede plandokumentet for spesialisthelsetjenesten, [St. Meld. 7 \(2019-2020\)](#), ble lagt frem våren 2019. Hovedtemaene i stortingsmeldingen er psykisk helsevern, samhandling, pre-hospitale tjenester, teknologi og kompetanse. Som plandokument vil dette kunne ha stor betydning for samhandlingen på tvers av helsetjenestene. Målene for planperioden er: a) Pasienten er aktiv deltaker, b) Helhetlige og sammenhengende tjenester, c) Sårbare pasienter møtes med team, d) En sammenhengende akuttmedisinsk kjede, e) Spesialisthelsetjenester i hjemmet, f) Bruk av helsedata for det beste i fellesskapet, g) Livslang læring, h) Ledelse som bidrar til endring, i) At vi lærer av hverandre.

Det kommunale perspektivet for det psykiske helsearbeidet er lagt til grunn i sentrale veiledere publisert av Helsedirektoratet som retter seg mot målgruppene i lokalt psykisk helse- og rusarbeid. «Sammen om mestring» ([Helsedirektoratet IS-2076](#)) fra 2014 viser til at lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer for den enkelte, for tredjepart og for samfunnet. Pårørende til personer med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer skal sikres nødvendig støtte og avlastning. Det kommunale arbeidet med psykisk helse- og rusarbeid omfatter både forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Brukermedvirkning og prinsippet om at pasienten skal være viktigste aktør er et helt sentralt punkt i veilederen. Kommunene oppfordres til å innhente brukererfaringer systematisk. Veilederen om oppfølging av personer med store og sammensatte behov ([Helsedirektoratet, 2017](#)) retter seg til ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov, dvs. helse- og omsorgstjenester i både kommunene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer samarbeid med sektorer utenfor helse (NAV, barnevern, oppvekst og utdanning etc.). Brukermedvirkning og koordinering av tjenester er sentralt i veilederen og kommunene oppfordres til å etablere egne oppfølgingsteam for pasienter med store og sammensatte behov. Utfordringene for tjenestene er å akseptere kompleksiteten og forstå de ulike faktorenes gjensidige påvirkning. Veilederen «Mestre hele livet» ([Dep. 2017-2022](#)) påpeker at for å nå målet om inkludering av mennesker med psykiske lidelser i samfunnet er det viktig at helsepersonell ikke undervurderer pasientenes mestringspotensial. For å hjelpe pasientene til å få bolig eller komme i arbeid er det viktig å være bevisst fordommer og negative holdninger i samfunnet.

I oppfølgingen av mennesker med langvarig behov for hjelp er personsentrerte tilnærminger også blitt fremhevet som en modell for utviklingen innen lokalbaserte tjenester, i tråd med anbefalinger fra WHO. Recovery-perspektivet markerer en overgang fra pasientorientert til personorientert tjeneste og kan defineres slik:

Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. Tiltakene som iverksettes støtter opp under brukerens egen bedringsprosess (bedringsorientert praksis) ([Helsedirektoratet 2014](#)).

I Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2018) er det en egen del som omhandler samarbeidsmodeller mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det anbefales et tett samarbeid mellom tjenestene for å sikre samtidige og helhetlige tjenester ved utskrivning fra døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten og ut til bolig i kommunen. Målet er å bygge opp trygghet og sikkerhet for pasienten, pårørende og de ansatte. Gjennom ambulant virksomhet fra sikkerhetsavdelingene skal samarbeid og overføring av kunnskap om risikohåndtering sikres.

Etablering av helsefelleskap hvor kommuner og helseforetak skal videreutvikle og planlegge tjenestene sammen, har til hensikt å bidra til bedre forløp med mulighet for lokale tilpasninger. Dette er et av områdene der utvikling av bedre helsetjenester for pasienter med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet. Et annet område som synes relevant, er fokuset på å flytte spesialisthelsetjenestene hjem til pasientene med kompetansedeling mellom kommune og helseforetakene, ved hjelp av ny teknologi. Et av målene er å se psykisk og somatisk helse og rusmiddelproblemer i sammenheng og at spesialisthelsetjenesten i større grad innretter sitt tilbud mot de med mest omfattende hjelpebehov, og støtter og veileder fagfolk i kommunale tjenester. Uønsket variasjon i tilbudet skal bli redusert og spesialisthelsetjenesten skal i samarbeid med kommunene fokusere på å forebygge kriser, akuttinnleggelser, selvmord og bruk av tvang. Det skal jobbes med at spesialisthelsetjenesten arbeider utadrettet og fleksibelt, slik at færre har behov for døgninnleggelse, at sykehusene gir døgntilbud til de som trenger det, i gode, tilpassede bygg hvor tvang er redusert til et minimum og det skal fokuseres på kultur for læring på tvers av tjenestene (Nasjonal helse- og sykehusplan, St. Meld. 7, 2019).

Juridiske rammebetingelser

[Lov om spesialisthelsetjenester](#) og [Lov om psykisk helsevern](#) (phvl.) regulerer behandlingsevne i spesialisthelsetjenesten. Ved dom til tvungent psykisk helsevern fremgår det uttrykkelig av [phvl. § 5-3](#) annet ledd at den faglig ansvarlige alene (lege- eller psykologspesialist) har ansvar for både samfunnsvern og behandling, med særlig vekt på samfunnsvern. Lovverket som regulerer sivilrettslig tvungent psykisk helsevern er mer diffust. Her fremgår samfunnsvern hensynet indirekte av [phvl. § 3-3](#), som inneholder vilkårene for etablering av sivilrettslig tvungent psykisk helsevern. [Phvl. § 3-3](#) er omfattende og kompleks, og i denne tungt anvendelige bestemmelsen er samfunnsvern hensynet nevnt i punktene 3, 4 og 7. Her fremgår at risiko for andre er et av flere kumulative tilleggsvilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, også i tilfeller hvor pasienten har samtykkekompetanse. Helhetsvurderingen som skal foretas etter bestemmelsens punkt 7, etterlater imidlertid et åpent spørsmål om hvilken prioritet samfunnsvern hensynet har i forhold til andre hensyn som fremgår av bestemmelsen.

Spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar for samfunnsvernet, men dette nevnes ikke blant punktene som skal inngå i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar, [jfr. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9](#) første ledd bokstavene a-e. For pasienter underlagt dom til tvungent psykisk helsevern er samfunnsvern hensynet så sentralt at lovgiver har pålagt den faglig ansvarlige å prioritere samfunnsvern foran behandling, [jfr. phvl. § 5-3](#) annet ledd. Denne lovpålagte prioriteringen kan dermed potensielt være et «rettslig hinder» for sikkerhetsavdelingen: Dersom samfunnsvernet ikke vil bli ivaretatt i pasientens hjemkommune, kan overføring være i strid med lovens pålegg om å prioritere samfunnsvernet.

Som nevnt sier [Lov om kommuner og fylkeskommuner](#) blant annet at kommunen selv bestemmer hvordan kommunale tjenestene skal organiseres og struktureres, mens [Lov om Helse- og omsorgstjenester \(hol.\)](#) regulerer helsearbeidet i kommunen. Per i dag finnes det ingen lovbestemmelse som omhandler kommunenes ansvar for samfunnsvern. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester fremgår av [lovens § 3-1 første ledd](#):

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Av bestemmelsens annet ledd fremgår at ansvaret går videre enn somatiske skader og lidelser. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Loven nevner ikke samfunnsvern, men inneholder enkeltbestemmelser etter [kapittel 9](#) og [10](#), som omhandler tvangstiltak. Etter [kapittel 10](#) kan en person som «utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk» på nærmere vilkår «tas inn i en institusjon». Som det fremgår av lovteksten er fare for andre ikke et grunnlag for tvangstiltak i denne loven. Lovens kapittel 9 har tittelen «Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning», og inneholder også bestemmelser som er relevante. Det fremgår av [§ 9-1](#) at formålet med reglene i [kapittel 9](#) blant annet er «å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade». Inngrep er altså begrenset til personer med psykisk utviklingshemning, og vil ikke være relevant for flertallet av pasientene i denne rapporten.

Også [pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A-3](#) åpner for inngrep fra kommunens side ved risiko for helseskade, men regulerer kun fare for pasienten selv. Fare for andre, samfunnsvern hensynet, er dermed ikke regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.

[Forskrift om kommunal betaling](#) for utskrivningsklare pasienter har som formål å «bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten», [jfr. § 1](#). Ved varsel om utskrivningsklar pasient skal kommunen gi beskjed til spesialisthelsetjenesten når et kommunalt tilbud er klart for pasienten, også dersom de ikke kan ta imot pasienten umiddelbart. Loven sier imidlertid ingenting om tidsperspektivet for når en kommune skal ha et tilbud klart for pasienten. Når vilkår for utskrivelse [jfr. forskriftens § 9](#) er oppfylt, skal kommunen i medhold av [forskriftens § 13](#) betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av [spesialisthelsetjenesteloven](#) i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Ifølge [forskriftens § 14](#) kan kommunene blant annet kreve en redegjørelse knyttet til risikovurderingene spesialisthelsetjenesten har gjort i forbindelse med at de har vurdert pasienten utskrivningsklar. Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning (Helsedirektoratet, 2018) beskriver hvordan en skal gjennomføre systematiske risikovurderinger som inkluderer en rekke tiltak som i ulike situasjoner bidrar til å redusere risiko for fremtidig voldsatferd (basert på den enkeltes varselsignaler for økt risiko) og slik ivareta samfunnsvern hensynet. Disse vurderingene kan potensielt bli gjenstand for uenighet mellom tjenestene og bidra til at pasientene forblir på sykehus.

Oppsummerende viser gjennomgangen av tilgjengelig og relevant lovverk at det per i dag ikke foreligger noe generelt pålegg fra lovgivers side til kommunene om ivaretagelse av samfunnsvernet. Lovverket legger heller ingen rettslige virkemidler til kommunene, som er spesifikt utformet med tanke på vern mot kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse og alvorlig vold.

Økonomiske rammebetingelser

Kommunale helse- og omsorgstjenester er i hovedsak finansiert gjennom kommunenes frie inntekter, som er rammebevilgninger og skatteinntekter (75% av kommunenes inntekter). Formålet med ordningen er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Behovet for ressurskrevende tjenester varierer betydelig mellom kommuner og kommunene bestemmer selv over fordelingen av de økonomiske midlene. Det har foreløpig vært vanskelig å finne objektive kriterier til bruk i inntektssystemet som kan fange opp denne kostnadsvariasjonen, men det eksisterer også en egen tilskuddsordning for kommunene ved behov for særlig ressurskrevende tjenester.

De regionale helseforetakene (RHF) mottar finansiering i form av rammebevilgninger og innsatsstyrt finansiering (ISF). En plass ved regional eller lokal sikkerhetsavdeling kan koste nær fem ganger så mye som døgnprisen kommunen betaler for utskrivningsklare pasienter i påvente av et tilbud.

De siste årene har utgiftene innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern økt, noe som kan ses i sammenheng med opptrappingsplanene som er beskrevet tidligere. De siste årene har regjeringen hatt som mål å øke aktiviteten innen psykisk helsevern framfor somatikken. I Nasjonal helse- og sykehusplan vies det stor oppmerksomhet til videreutvikling av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten for å understøtte helhetlige tjenestetilbud. Det er foreslått at finansieringen blant annet i større grad skal knyttes til innholdet i tjenestene, noe som skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.

Etter innføring av særreaksjonene i 2002 ble det opprettet særskilt finansieringsordning for mennesker idømt [særreaksjonen dom til tvungen omsorg](#) og statlig finansiert prøveløslatelse for forvaringsdømte ([Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen forvaring 2004](#)). Det ble ikke etablert tilsvarende finansiering for særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern.

Pasientgruppen er i stor grad avhengig av trygghet, forutsigbarhet og tillit pga. sin alvorlige psykiske helsetilstand. Samfunnsvernet knyttet til forebygging av ny, alvorlig vold krever gradvis nedtrapping av tvang og sikkerhetstiltak samtidig med en forsiktig økning av nye stimuli. Det finnes imidlertid ikke, verken for kommunene eller spesialisthelsetjenesten, økonomisk kompensasjon for samtidige tjenester ved behov for overlapping og hospitering i sårbare overganger for pasienter i overgangen mellom behandling på sykehus og kommunal oppfølging i egen bolig.

Metode

I dette kapittelet av rapporten presenteres fremgangsmåten i prosjektet og de valg som er gjort i forkant og underveis. Rapporten baseres på informasjon innhentet via fire spørreskjema utformet av prosjektgruppen. Spørreskjemaene er utformet for å kunne hente inn kvantitative data, men åpner også for kvalitative beskrivelser og kommentarer i form av åpne svaralternativ betegnet som «annet» eller «beskriv andre faktorer som er av betydning».

Utvalg

1. Alle sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Norge, både regionalt og lokalt nivå.

- Leder/faglig ansvarlig/behandlere på sikkerhetsavdelingene har også fylt ut et spørreskjema for hver enkelt pasient som er vurdert å være utskrivningsklar fra avdelingen per 31.12.19.

2. Kommunale enheter og avdelinger innen spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern, som har mottatt eller blitt forespurt om å motta en sikkerhetspsykiatrisk pasient i løpet av 2019.

Personer som er innlagt etter stpl. [§ 167](#) i straffeprosessloven (observander) er ekskludert fra kartleggingen da disse ikke har pasientstatus og ikke mottar behandling. Ekskludert er også institusjoner som har mottatt pasienter fra sikkerhetspsykiatrien, men som ikke er en del av psykisk helsevern eller en kommune. Dette vil kunne være private institusjoner eller institusjoner innen kriminalomsorgen, barnevernet eller tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Spørreskjema og prosedyre

I utformingsprosessen av spørreskjemaene ble de testet på behandlere i sikkerhetspsykiatrisk avdeling, ved sykehusavdeling eller DPS, og i enkelte kommuner. Piloten hadde som formål å teste om skjemaene gir data som kan besvare mandatet, og om spørsmålene er utvetydige og forståelige.

Det benyttes 4 ulike spørreskjema i undersøkelsen, der alle i noe varierende omfang kartlegger status, utfordringer og forbedringsmuligheter ved overføring/utskrivning av pasienter, samt ulike problemstillinger som kan relateres blant annet til ulikheter i gjeldende lovverk og ressurstilgang innen psykisk helsevern og kommuner.

De sikkerhetspsykiatriske avdelingene (regionale og lokale) fikk utsendt to spørreskjema.

Spørreskjema 1 inneholder generelle spørsmål rundt utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdelingenes perspektiv. Dette ble sendt ut først og identifiserer antall utskrivningsklare pasienter på den aktuelle sikkerhetspsykiatrisk avdelingen per 31.12.19 og hvilke mottaker avdelinger i spesialisthelsetjenesten og mottaker kommuner sikkerhetsavdelingene har utskrevet, - eller er forespurt om å utskrive pasienter til i løpet av 2019. På bakgrunn av dette ble så **Spørreskjema 2** utsendt i det antall eksemplarer som tilsvarer antallet utskrivningsklare pasienter til hver sikkerhetsavdeling med en eller flere utskrivningsklare pasienter. Aktuelle mottakerkommuner og mottaker avdelinger i spesialisthelsetjenesten fikk tilsendt henholdsvis **Spørreskjema 3** og **Spørreskjema 4** som kartlegger utskrivningsprosessen fra mottakers perspektiv på bakgrunn av erfaringer i 2019 (Vedlegg 2).

Analysestrategi

Kvantitative data er kodet og behandlet ved bruk av dataprogrammet Statistical package for the social sciences (SPSS 25). Det er gjennomført deskriptive analyser. Kvalitative data er gjennomgått og gruppert tematisk gjennom diskusjon og konsensus blant representanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten (hhv. DPS og sikkerhetsavdeling).

Personvern, oppbevaring og lagring av data

Det ble utarbeidet rutiner for oppbevaring og lagring av data i tråd med gjeldende prosedyrer og retningslinjer for håndtering av sensitivt materiale i kvalitetssikrings- og forskningsprosjekter. Spesielle rutiner gjaldt for spørreskjema 2 som innhenter sensitiv informasjon om pasienter. Leder ved aktuell institusjon etablerte en koblingsnøkkel mellom navn og påført ID-kode. Koblingsnøgkelen oppbevares forsvarlig nedlåst hos den enkelte sikkerhetsavdeling, uten tilknytning til datasettet som ble sendt avd. Brøset. Ingen har på noe tidspunkt hatt tilgang til både datasett og koblingsnøkkel. Koblingsnøgkelen er nødvendig fordi det skal være mulig å spore aktuelle kandidater til følgeforskning i forhold til pasienterfaringer/brukermedvirkning. Dette etter ønske fra oppdragsgiver (Helsedirektoratet). Kun de tilknyttet prosjektet som skal gjennomføre analysene har tilgang til datafilene.

Etiske betraktninger

Kartleggingen er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-Midt, 2018/2431). Det er utarbeidet en personvernkonsekvensutredning (DPIA), godkjent av personvernombudet ved St. Olavs hospital 02.03.20. Resultater fra kartleggingen blir presentert på gruppenivå. Det er imidlertid viktig å presisere at beskrivelser av en forholdsvis liten gruppe pasienter med alvorlig psykisk lidelse som kan ha begått alvorlige kriminelle handlinger, også på aggregert nivå kan ha uheldige stigmatiserende konsekvenser for individene som tilhører gruppen. Man kan tenke seg at undergrupper av fåtallige sikkerhetspsykiatriske pasienter som for eksempel kvinner og pasienter uten oppholdstillatelse i Norge vil kunne være særlig sårbare. Slike undergrupper redegjøres således ikke for i resultatene. Hensikten med studien er ikke å kartlegge individuelle karakteristika hos pasienter, men å kartlegge et minimum av relevante og nødvendige pasientfaktorer som kan ha betydning for en helhetlig forståelse av karakteristika ved utskrivning og mottak av pasientgruppen.

Metodekritikk

Styringsgruppen påpekte i mai 2020 at brukerperspektivet burde vært ivaretatt bedre, samtidig som det ble konkluderte med at prosjektets krav til leveranse og tidslinje måtte opprettholdes. Prosjektgruppen redegjorde for denne mangelen overfor styringsgruppen og anerkjenner prosjektets svakhet ved at den ikke aktivt har inkludert selve brukerstemmen knyttet til utskrivelsesprosesser. Styringsgruppen godtok forslaget om at brukerperspektiv skulle ivaretas gjennom et pågående forskningsprosjekt ved Nord Universitet der tema er opplevelse av grad av tvang og hvilke påkjenninger det medfører å være på «feil behandlingsnivå». Forskningsprosjektet ved Nord Universitet, «*Discharge of patients with severe mental illness and defined risk of violent behaviour to community care*», undersøker og intervjuer både pasientene selv og tjenesteytere ved sykehusene og kommunene knyttet til utskrivningsprosesser. Avd. Brøset ved kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri bidrar i dette prosjektet med utarbeidelse av søknad til forskningsrådet og er representert i et ressurspanel. I henhold til REK sine kriterier har prosjekteier gitt tilgang til videre bruk av datamaterialet til forskningsprosjektet ved Nord Universitetet.

Funn og resultater

Funn og resultater presenteres under tre overskrifter med bakgrunn i oppdragsdokumentet.

- 1) Utskrivningsklare pasienter.
- 2) Årsakene til at pasientene venter på utskrivelse.
- 3) Samarbeidsprosesser mellom de ulike sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivåene.

De kvalitative funnene presenteres gjennom tre nøkkelord, som favner de faktorene respondentene har lagt vekt på i de åpne besvarelsene.

Tabell 1 Nøkkelord med underliggende tema

Ytre ramme	Kultur	Egenskaper ved pasienten
Lovverk	Samhandling	Rus
Økonomi	Kommunikasjon	Diagnose
Kompetanse	Holdninger	Behandlingsrespons
Materielle behov	Felles forståelse	Voldsrisiko
Bemanning		

Alle de regionale og lokale sikkerhetsavdelingene i Norge har bidratt til denne undersøkelsen. Det er ingen enhetlig organisering av sikkerhetsavdelingene eller psykisk helsevern i Norge. Det medfører ulik ledelsesstruktur eller ulike betegnelser på ledernivå, eksempelvis klinikk, enheter, avdelinger og sengeposter (heretter betegnet som avdeling) på de organisatoriske enhetene rundt i landet. Som en følge av dette har noen sendt inn felles besvarelse fra regional og lokal avdeling, andre har gitt separate besvarelser. Dette har medført at det til sammen er mottatt 22 skjema. Der det er gitt felles besvarelse for regionalt og lokalt nivå er det aktuelle tallmaterialet differensiert mellom regional avdeling og lokal avdeling. Det er derimot ikke mottatt tall for lokale overføringer mellom samlokaliserte regional og lokal sikkerhetsavdeling underlagt felles ledelse.

28 mottakeravdelinger i psykisk helsevern og 36 mottakerkommuner har også deltatt i kartleggingen.

Samlet rapporterte sikkerhetsavdelingene totalt 241 utskrivelser fra sikkerhetsavdelingene i løpet av året 2019. En avdeling oppgav å ha hele 37 utskrivelser, mens to avdelinger hadde kun 2 utskrivelser. 12 sikkerhetsavdelinger har oppgitt færre enn 10 utskrivelser. Gjennomsnittlig er det foretatt 10.7 utskrivelser fra hver sikkerhetsavdeling i løpet av 2019, medianen for samme periode er 8.5 utskrivelser. Totalt 212 (88%) utskrivelser i 2019 var fra en lokal sikkerhetsavdeling og 29 (12%) var fra en regional sikkerhetsavdeling (Sør-Øst n=12, Midt-Norge n=6 og Vest n= 11).

Av de 22 svarene fra sikkerhetsavdelingene fremgår at 15 avdelinger registrerer utskrivningsklare pasienter i ulike journalsystemer. I tillegg oppgir tre avdelinger å ikke registrere utskrivningsklare pasienter på noen slags måte, mens en avdeling oppgir å registrere dette i PAS (pasientadministrativt system). Tre avdelinger registrerer utskrivningsklare pasienter på «andre måter».

Funn: Utskrivningsklare pasienter

Av de registrerte utskrivelser i 2019 fant vi at pasientene hovedsakelig er skrevet ut til annen sengepost, egen kommunal/privat bolig eller til en annen institusjon (tabell 2).

Tabell 2 gir en oversikt over til hvor pasienter er blitt utskrevet

Pasienter utskrevet til	Antall
Sengepost	61
Kommunalt bemannet omsorgsbolig	47
Egen kommunal bolig	27
Egen privat bolig	26
Hjem til pårørende	5
Fengsel	12
Annen institusjon	26
Annet*inkl. pasienter utvist til hjemlandet	9

*Det er ikke samsvar mellom antall utskrivelser og antall mottakersteder. Utskrivelsessted mangler for 28 av utskrivelsene.

Mottakeravdelinger i psykisk helsevern oppgir å ha mottatt til sammen 56 pasienter i løpet av 2019. De rapporterte å ha tatt imot mellom 0 og 7 pasienter hver. 7 av 28 mottakeravdelinger i psykisk helsevern oppgir også å ha avslått å ta imot en pasient fra sikkerhetsavdeling, mens sikkerhetsavdelingene oppgir å ha vært i kontakt med 6 mottakeravdelinger i spesialisthelsetjenesten som har avslått å motta en pasient.

Mottakerkommuner oppgir å ha mottatt til sammen 54 pasienter. Kommunene rapporterer å ha mottatt mellom 0 og 4 pasienter hver. 6 av 36 mottakerkommuner svarer at de har avslått å ta imot en pasient fra sikkerhetsavdeling, mens sikkerhetsavdelingene oppgir å ha vært i kontakt med 15 kommuner som har avslått å ta imot en pasient.

Det er stor variasjon når det gjelder hvor mange kommuner fra de ulike helseregionene som har blitt inkludert i undersøkelsen. Region Sør-Øst har størst dekning og 53 % av de inkluderte kommunene ligger i deres opptaksområde, men her mangler vi informasjon fra Oslo kommune/alle bydeler. Derimot er private institusjoner i Helse Sør-Øst oppgitt som mottakere, men disse er ikke videre kartlagt i vår undersøkelse. Resultatene viser at mens Helse Sør-Øst har etablert driftsavtaler med private botilbud, finnes dette fenomenet nesten ikke i resten av Norge. 31 % av mottakerkommune i vår undersøkelse er lokalisert i Region Vest, mens 11 % av mottakerkommune ligger i Region Nord og bare 5 % er fra Region Midt-Norge. Det er store geografiske forskjeller både med tanke på folketall og -tetthet i ulike områder av Norge. Alle helseforetakene har både (store) byer og (små) bygder i sitt opptaksområdet. Ut fra beskrivelsene i materialet fremkommer det en opplevd forskjell mellom store og små kommuner, men hvor skillet går når det gjelder størrelser og avstander kan ikke stadfestes med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått.

Tabell 3 viser hvilke faktorer sikkerhetsavdelingene vurderer som viktigst for at en pasient skal være utskrivningsklar til kommunen, og tabell 4 viser det samme for mottakeravdelinger i spesialisthelsetjenesten. Selv om det er noe forskjell i hvor viktig (oppgitt i prosent)

sikkerhetsavdelingene vurderer de ulike faktorene, er det de samme faktorene som blir vurdert til å være de viktigste vurdert ut ifra til sammen 15 faktorer.

Tabell 3 Viktigste kriterier for utskrivning til kommune fra sikkerhetsavdeling (n=22)

	% (n=22)
Pasienten samarbeider om behandlingen sin	91%
Enighet om hvem som har videre ansvar for TPHV	86%
Pasientens behandlingsrespons generelt	86%
Samhandling med kommune	81%
Grad av tidligere voldsatferd/utagering	81%
Oppdatert risikovurderings-/risikohåndteringsplan	81%

Tabell 4 Viktigste kriterier for utskrivning til mottakeravdeling i psykisk helsevern (n=22)

	% (n=22)
Enighet om hvem som har videre ansvar for TPHV	86%
Pasientens behandlingsrespons generelt	81%
Grad av tidligere voldsatferd/utagering	81%
Pasienten samarbeider om behandlingen sin	77%
Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan	73%

Ved kartleggingstidspunktet 31.12.19 ble det rapportert 18 utskrivningsklare pasienter fra sikkerhetsavdelingene. To avdelinger hadde 1 pasient hver, fire hadde 2, en hadde 3 og en avdeling oppga 5 utskrivningsklare pasienter ved kartleggingstidspunktet. Fjorten avdelinger (64%) hadde ingen utskrivningsklare pasienter på det gitte tidspunktet. Flere avdelinger informerte imidlertid om at de hadde pasienter som var vurdert å ikke nyttiggjøre seg av videre opphold eller behandling i sikkerhetsavdeling. Disse pasientene var i behov av videre tvangstiltak på grunn av den risiko de utgjør for andre og ble av den grunn vurdert å ikke fylle kriteriene som utskrivningsklare. Vi har ikke tall på hvor mange pasienter dette utgjør i fra vår undersøkelse. Respondentene svarer at disse pasientene likevel var ønsket utskrevet fra sikkerhetsavdeling og over i et annet tilbud gjennom mange år.

Det er rapportert at de utskrivningsklare pasientene (n=18) har vært utskrivningsklare i alt fra 0 til 6500 dager. Medianverdien er 90 dager (tre måneder). 10 av de utskrivningsklare pasientene har vært inneliggende i over 93 dager. Av disse var 8 underlagt dom til tvungent psykisk helsevern. Av de to andre pasientene som hadde vært utskrivningsklar lengst, var en innlagt etter [§ 3-3 i phvl.](#) og hadde vært innlagt i 6570 dager (18 år+). Den andre var frivillig innlagt og hadde vært utskrivningsklar i 1825 dager (5 år+).

Av de 18 ventet 2 pasienter på utskrivning fra regional avdeling og 16 pasienter på utskrivning fra lokal avdeling. 11 av pasientene var innlagt etter dom til tvungent psykisk helsevern, 5 pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern etter [§3-3 i phvl.](#) og 2 av pasientene var frivillig innlagt.

De mest utbredte diagnosene blant de utskrivningsklare var psykoselidelse (n=14), ruslidelse (n=9), utviklingsforstyrrelse (n=5) og personlighetsforstyrrelse (n=5). Av de 4 pasientene som ikke var diagnostisert med psykoselidelse hadde 1 pasient en manisk psykose (affektiv lidelse

med psykosesymptomer), 1 hadde en utviklingsforstyrrelse, 1 hadde både utviklingsforstyrrelse og ruslidelse, og 1 hadde kun ruslidelse(r).

Alle de 18 utskrivningsklare pasientene hadde voldsatferd knyttet til den aktuelle innleggelsen, hvorav 3 med drap, 3 med seksualisert vold, 14 med fysisk vold, 8 med verbale trusler, 2 med ildspåsettelse, og 5 med annen materiell ødeleggelse. Bare 1 av pasientene hadde voldsatferd fra kun en av de ovennevnte kategorier, og ingen hadde bare begått materielle ødeleggelser i forkant av aktuelle innleggelse. For 7 av pasientene var voldshendelsen oppgitt med sikkerhet å være utøvd under ruspåvirkning. Under halvparten (n=8) hadde med sikkerhet tatt foreskrevne medikamenter for sin psykiske lidelse i forkant av hendelsen. 2 pasienter mottok ikke medikamentell behandling. For 17 av de 18 utskrivningsklare pasientene forelå det en oppdatert voldsrisikovurdering i forbindelse med utskrivning. Av de 18 utskrivningsklare pasientene hadde 12 pasienter mer enn 5 tidligere innleggelse i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern. For hele 11 pasienter var det ikke avtalt utskrivningstidspunkt. For 7 av disse 11 hadde det vært kontakt med mottaker, men mottaker hadde ikke vedkjent seg ansvar for pasientene.

Tabell 5 Oversikt over pasientenes oppholdssted før innleggelse og planlagt oppholdssted etter utskrivelse

Oppholdssted pasienter	Før innleggelse (n=18)	Planlagt oppholdssted ETTER innleggelse (n=18)
Psykiatrisk sengepost (Sikkerhetsavd/sykehusavd/DPS døgn)	6	4
Kommunal bemannet omsorgsbolig	4	6
Kommunal ubemannet bolig	2	3
Egen privat bolig (inkludert hjem til pårørende)	2	5
Fengsel	3	0

Som utskrivningsklare var alle pasientene i behov av videre spesialisthelsetjenester, i hovedsak ambulant/poliklinisk oppfølging (n=14). 14 av pasientene var planlagt bosatt i kommunen i ulike typer boliger. 15 pasienter var vurdert i behov av kommunale tjenester, men 3 pasienter var vurdert uten dette behovet. For 3 pasienter er kategorien «annet» oppgitt. Beskrivelsen her gir inntrykk av at pasientene krever et omfattende kommunalt botilbud, ut over det som inngår i svaralternativet «kommunal bemannet omsorgsbolig» (tabell 5). Disse pasientene er vurdert i behov av «*døgnbemannet kommunalt tilbud*» eller «*forsterket kommunal bolig i annen kommune*» eller «*tilrettelagt omsorgsbolig med høy bemanning*». På tross av at pasientgruppen har sammensatte behov og trenger samtidige tjenester fra ulike tjenestenivå, vektlegges individuell plan (IP) i liten eller varierende grad ved utskrivelse fra sikkerhetsavdeling og til kommunen (76% svarer dette) eller til mottaker i spesialisthelsetjenesten (91% svarer dette). Kommunene svarer også at de i liten eller varierende grad vektlegger IP ved mottak av pasient fra sikkerhetsavdeling (71% svarer dette), og det samme gjelder for spesialisthelsetjenestens avdelinger (75% svarer dette). 14 av pasientene hadde uføretrygd som inntektsgrunnlag og 4 mottok andre økonomiske ytelser. Ingen var i lønnet arbeid.

Påtalemyndigheten har i varierende grad vært involvert i forbindelse med utskriving av alle de særreaksjonsdømte pasientene (n=11). De fleste utskrivningsklare pasientene (n=17) var selv gjort kjent med at de har en slik status. 14 av pasientene er selv enig i at de er utskrivningsklare. 2 av pasientene er rapportert å være uenig i at de er utskrivningsklare. Nærmeste pårørende til 10 av pasientene er gjort kjent med at pasientene er vurdert utskrivningsklare. Av de pårørende som ikke er informert om at pasientene er vurdert utskrivningsklare, har 3 av pasientene oppgitt å ikke ha pårørende og de tre andre ønsker ikke at pårørende skal kontaktes.

I vårt utvalg fremstår den «typiske» utskrivningsklare pasient som en som har hatt flere innleggelse innen psykisk helsevern tidligere. Nåværende innleggelse i sikkerhetspsykiatrisk avdeling var foranlediget av voldsatferd og pasienten har en psykoselidelse. Hvis pasienten ikke har psykosesymptom er det rapportert at pasienten har utviklingsforstyrrelse og/eller ruslidelse. Det er beskrevet 50 % sannsynlighet for at pasienten har et rusmisbruk. Han vil ha behov for videre spesialisthelsetjenester etter utskrivelse fra sikkerhetsavdeling, og vil høyst sannsynlig være underlagt dom på tvungent psykisk helsevern eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Han er i behov av bistand for å skaffe seg egnet bolig etter utskrivning fra sengepost, med behov av helse- og/eller sosiale tjenester i regi av førstelinjen. Det er gjort en oppdatert risikovurdering i forbindelse med at pasienten er vurdert utskrivningsklar.

Funn: Årsaker til at pasientene ventet på utskrivelse

Svarene fra respondentene gir en oversikt over hvilke årsaker som vektlegges med tanke på at utskrivningsklare pasienter får en utsatt utskrivelse (Tabell 6). Oversikt viser at det er en høy grad av overlapp mellom forklaringene, noe som bekrefter at det synes å foreligge en felles opplevelse og forståelse av hva som vanskeliggjør utskrivning. Eneste diskrepansen innad i spesialisthelsetjenesten er at sikkerhetsavdelingene i større grad vektlegger mangel på sengeplass i PHV/botilbud i kommunen, mens andre avdelinger i PHV opplever utfordringer med å videreføre behandling (medisinering, ruskontroll o.l.) som et større problem. Kommunen skiller seg fra spesialisthelsetjenesten på ett vesentlig punkt: Kommunene mener at den nest viktigste faktoren som gjør at pasienter må vente på å bli utskrevet er uenighet mellom sikkerhetspsykiatrien og kommunen om pasienten er utskrivningsklar. Spesialisthelsetjenesten har på sin side gitt tilbakemelding på at negativ forkunnskap om pasienten hos mottaker er det som spiller en betydelig rolle.

Tabell 6 De mest vanlige, av 21 årsaker, rangert fra 1 til 5 (der 1 er mest vanlig), til at pasientene må vente på utskrivelse, sett fra hver respondentgruppe sitt perspektiv

Årsak	Perspektivholder		
	Regional/lokal sikkerhetsavdeling (n=22)	Kommunene (n=37)	Øvrige avd. innen spes.helsetjenesten for psykisk helsevern (n=28)
Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd	1	5	1
Manglende lovhemler for å benytte tvangstiltak i kommunen	5	1	5
Utfordringer med å videreføre behandling		4	2
Mangel på sengeplass/botilbud	4	3	
Negativ forkunnskap om pasienten	2		4
Tidligere voldsatferd	3		3
Uenighet om pasientene er utskrivningsklar		2	

Som vist i tabellen over oppgir spesialisthelsetjenesten tidligere voldsatferd som en viktig faktor som kan forsinke utskrivelse. De kvalitative analysene utdyper årsakene til at pasienter må vente på utskrivelse og hvilke **egenskaper ved pasienten** som vanskeliggjør utskrivelsen. Rusavhengighet kan utfordre samarbeidet mellom pasienten og ansatte i førstelinjetjenesten. En kommune svarer at de opplever det som utfordrende at «sikkerhetspost(en) ikke helt forstår at pasienter med komorbide utfordringer går rett i rus og fører til rask re-innleggelse». Flere andre kommuner viser til at rusbruk ofte fører til raskt tilbakefall og vanskeligheter med å følge de oppsatte planene for tjenestene. En annen kompliserende faktor er kriminell eller voldelig adferd. Av og til henger disse to faktorene sammen og i slike tilfeller kan pasienten raskt bli til fare for seg og omgivelsene, spesielt ved manglende medisiner og misbruk av rus. Svarene fra sikkerhetspsykiatrien viser at de er klar over problematikken. Flere nevner rus- og voldsatferd som sentrale årsaker i saker der utskrivning ikke lykkes.

En annen faktor er den **ytre rammen** til mottagende avdeling eller kommune. Etablering av tilrettelagte boliger, med personalressurser i stort nok omfang og med riktig og tilstrekkelig kompetanse for denne pasientgruppen, blir av flere beskrevet som en stor utfordring. Tilgang på adekvat sengeplass (som lukket sengepost eller skjermingsenhet) beskrives også som en utfordring både av sikkerhetsavdelingene og kommunene. En regional sikkerhetsavdeling skriver at det er «fullt - ikke håndterbar voldsproblematikk på lokal sikkerhetsavdeling - manglende fasiliteter f.eks luftegård, brannsikkerhet, lokale sengeposter» og en annen skriver at «kommuner og DPS-ene tar ikke imot pasientene da de ikke føler seg utrustet til å håndtere disse og en tredje at «mangel på tilbud fra DPS og annen sykehusavdeling, hvor man har definert seg bort fra langtidsoppfølging». En av kommunene i utvalget formidler at det er «vanskelig å få egnet bolig, samt å få DPS til å følge opp pasienten». Svarene fra sikkerhetsavdelingene viser til manglende kompetanse fra kommunens side når gjelder denne gruppen pasienter: Det «foreligger liten kunnskap om dom til tvungent helsevern, frykt for liv og helse» eller at «pasienter med dom til tvungent

psykisk helsevern er en stor oppgave for kommunene knyttet til sikkerhet, gjennomføring av behandlingstiltak, personalressurser, kompetanse».

For en del utskrivningsklare pasienter pekes det på at lovverket er til hinder for en god utskrivelsesprosess og slik bidrar til at pasienten må vente på å bli utskrevet. Det svares at *«kommunene har ikke mulighet til å iverksette nødvendige tiltak ut fra samfunnsvern, at lov begrenser oppfølging av de sykeste utenfor institusjon og at vi opplever at det er utfordrende for kommuner å ivareta pasienter med tanke på rammene innenfor helse- og omsorgstjenesteloven».* Dette gjelder også til en viss grad for spesialisthelsetjenestens enheter utenfor lukkede avdelinger. Årsaker til forsinket utskrivelse handler videre om økonomi og ressurstilgang. Noen kommuner har store utfordringer med å greie utgiftene som følger med en slik pasient(gruppe). Flere informanter nevner finansiering av tilbudet til den enkelte pasient og til pasientgruppen som helhet som en årsak til at pasienter må vente på utskrivelse fra sikkerhetsavdeling.

En kommune sier at de har *«få tilpassede boliger med oppfølging til denne pasientgruppen».* Andre poengterer at de opplever det som *«en utfordring at statsadvokaten og spesialisthelsetjenesten bestemmer hvilke betingelser (en) bruker skal bo under i kommunen, og så må vi betale for dette uten å kunne påvirke tilbudet. Da burde det vært finansiert av staten».* Det vises til at egenandelskravet er for høyt for små kommuner, samt at mangel på tilstrekkelig finansieringsordning er en viktig grunn til at enkelte kommuner sliter med å kunne overta slike pasienter. Flere oppgir at det må følge med midler til denne pasientgruppen for at kommuner/bydeler eller enheter i spesialisthelsetjenesten skal kunne sørge for forsvarlig omsorg og sikkerhet. Tilgang på materielle ressurser i form av egnet bolig eller tilgang på personalressurser (enten det er snakk om kompetent personell eller tilstrekkelig med personell) beskrives også som utfordrende for mange. En av sengepostene formidler at det foreligger *«problemer med å få bemannet bolig, problem med å få tildelt kommunal bolig, problem med å etablere prosjektboliger og problem med å få institusjonsplass der det trengs».*

En rekke svar avspeiler uenighet mellom sikkerhetsavdeling og kommune om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar. Dette kan relateres til **kultur**. En kommune sier at *«grunnleggende kriterier for overføring til TUD (tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold) ikke er innfridd».* I svarene fra mottakerkommunene vises det videre til at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om forholdene i kommunene, altså mangler det en felles forståelse: *«Men me opplever at spesialisthelsetjenesten «forventar» at vi skal gjennomføre kontroll /sanksjonar i bustad som ikkje er lovlege. Til dømes ruskontroll, overvaking, beslaglegging av utstyr i hans eigen heim».* Andre svarer *«vedtaksansvarlig overfører oppgaver kommunen ikke har hjemmel til å utføre»* og *«...kommunen har på ovenfor nevnte bakgrunn ikke vurdert det forsvarlig å ta imot pas, og har kommentert på det en oppfatter som anbefalinger om uhjemlet tvang i kommunen».*

Det fremkommer også at sikkerhetsavdelingene oppfatter uvillighet hos kommuner eller mottakende enheter som årsak til at utskrivelse av pasienter forsinkes. Svarene fra sikkerhetsavdelingene inkluderer beskrivelser av uvilje til å ta imot vanskelige pasienter, liten vilje til å stille med de tiltak som er vurdert nødvendig, eller trening av

utskrivningsprosessen. I svarene fra kommuner og mottakende enheter ser vi en motsats til disse beskrivelsene, da beskrevet som uenigheter mellom sikkerhetsavdelinger, spesialisthelsetjenesten på et lavere omsorgs- og behandlingsnivå (DPS) og kommuner/bydeler. Dette kan dreie seg om forsvarlighet i det førstelinjen kan tilby, uenighet om hvor en pasient har hjemstavn, om pasienten er utskrivningsklar og de risikovurderinger som er gjort, eller manglende samarbeidsavtaler. Dette er beskrivelser som faller inn under nøkkelbegrepet **kultur** og omhandler både holdninger, samhandling og kommunikasjon som påvirke forløpet mellom ulike nivåer for pasientene - og hvor lang tid de blir værende på hvert nivå. Samlet eller hver for seg kan alle disse utfordringene skape usikkerhet og motstand i en kommune eller avdeling som bes om å ta imot en utskrivningsklar pasient og kan medføre at utskrivelsesprosessen blir forsinket.

Funn: Samarbeidsprosesser mellom de ulike sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivåene.

Alle sikkerhetsavdelingene oppgir å ha erfart problemer med å skrive ut sikkerhetspsykiatriske pasienter. På spørsmålet «Har dere etablerte samarbeidsprosedyrer med mottakende enhet om overføring av pasient?» svarer halvparten (n=11) bekreftende på dette. På oppfølgende spørsmål om hvorvidt disse prosedyrene benyttes, svarer 7 av 10 enheter at prosedyrene ofte blir benyttet. Fem sikkerhetsavdelinger oppgir at det hender de skriver ut pasienter selv om vesentlige kriterier for en utskrivelse mangler.

Omtrent halvparten av mottakeravdelingene i spesialisthelsetjenesten (n=13) har særskilte prosedyrer for samarbeid om mottak av pasienter fra sikkerhetsavdeling. Det vises til både standardisert forløp og faste møter eller samarbeidsmøter i god tid før utskrivelse. Kun to av avdelingene oppgir å benytte prosedyrene bare av og til. For de som ikke har særskilte prosedyrer beskrives likevel kontakt og samarbeid via ulike kanaler som henvisning, samarbeidsmøter og dialog omkring utskrivningen mellom de (faglig) ansvarlige på de aktuelle avdelingene.

Når det gjelder de deskriptive åpne kommentarene fremkommer det at få kommuner har særskilte prosedyrer for pasientgruppen, men de fleste beskriver et samarbeid om utskrivningsprosessen. Svarene her peker mot flere av de faktorene som den kvalitative analysen identifiserte og passer inn under nøkkelbegrepene **kultur** og **ytre rammer**. Bare en kommune svarer at de har «*egen samarbeidsavtale og eget pakkeforløp*». En annen presiserer at «*vi vurderer alle våre innbyggere individuelt og etter vurderings skjema. Ønsker ikke at dette skal være en spesiell gruppe*».

Ett DPS sier at kommunene rapporterer at det er krevende og at det er et forbedringspotensial i samarbeidet mellom nivåene: «*Det er behov for økt kunnskap, praktisk veiledning og rådgivning i enkeltsaker, og tydeligere beskrivelser av ansvar og oppgaver for involverte instanser*». Oppsummert peker svarene fra mottakeravdelinger og -kommuner på at det er krevende for alle kommunene å motta en utskrivningsklar sikkerhetspsykiatrisk pasient, samtidig som det ikke er umulig for de fleste. En kommune svarer at «*med god planlegging i forkant, gode samarbeidsavtaler og håndteringsplaner er kommunen i stand til å ivareta sikkerhetspsykiatriske pasienter*». Samtlige ja-svar på dette

spørsmålet nevner at direkte utskrivning fra sikkerhetsavdeling til kommunen er problematisk. Det vises imidlertid til behov for gradvis nedtrapping av tvangstiltak og behov for å ha spesialisthelsetjenesten påkoblet etter overføring. Tydelig fordeling av ansvar, godt utarbeidede planer for behandling og risikohåndtering, samt samarbeid om oppfølgingen ser ut til å være premisser for at kommuner skal være i stand til å ta vare på denne pasientgruppen. Hva som er fremkommer som viktigst for å bedre utskrivelsesprosessen ut i fra de kvantitative funnene oppsummeres i tabellen under.

Tabell 7 Oversikt over i hvilken grad ulike faktorer vurderes viktig for å bedre utskrivelsesprosessen (oppgitt i %) sett fra hver respondentgruppe sitt perspektiv

	Regional/lokal sikkerhetsavdeling (n=22)	Kommunene (n=37)	Øvrige avd. innen spes.helsetjenesten for psykisk helsevern (n=28)
Egen finansordning som følger pas. dom TPH ut til kommune	91%	83%	89%
Flere arb.pl/vernet sysselsetting for pas. fra sikk.psyk. avd	70%	75%	71%
Flere sengeplasser i lukkede sengeposter	81%	78%	78%
Bedre finansieringsord. for bemannede boliger	96%	83%	85%
Permanente boliger org. Innen spes.helse.tj gjeldende lovverk	95%	79%	64%
Forpliktende samarbeidsavt. mellom sikk.psyk og mottaker	91%	100%	89%
Gjensidig forståelse om pas.gruppe og juridiske bestemmelser	86%	97%	96%
Lovverk som muliggjør grensesettende tiltak for å ivareta samfunnsvernet	*spm. mangler	87%	93%

Det fremkommer av kommunenes åpne svar at de oppfatter seg bevisst sitt ansvar for å gi personer som er utskrivningsklar et tilbud i kommunen. De opplever seg kompetent og i stand til å ta oppgaven, forutsatt at spesialisthelsetjenesten tar sitt ansvar. Kommunenes svar på hva som skal til for at de skal ta imot pasienter fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger kan sammenfattes med et av kommunenes utsagn: «Kommunene vil være i stand til mottak ved å ha forpliktende avtaler, tett samarbeid og klar ansvarsfordeling». Kommunene ønsker å vurdere pasientens tjenestebehov selv, sammen med pasienten. De ønsker ikke kun å motta en bestilling fra spesialisthelsetjenesten. De ønsker heller ikke at påtalemyndigheten skal legge føringer for det tilbud de skal yte til den enkelte pasienten. Samarbeid fremmes som sentralt av de fleste mottakerkommunene. Det handler om tidlige møter for drøfting av kriterier for utskrivning, samarbeidsmøter for planlegging og gjennomføring av utskrivning, og samarbeid om utforming av avtaler og risikohåndteringsplan. Slike prosesser kan forstås som utveksling av verdier og holdninger, presentasjon av hverandres kunnskap og syn på helse, bedringsprosesser m.v. Ideelt sett utvikles det på denne måten en felles forståelse for

hverandres tjenester og en kultur preget av respekt og likeverd som funnene tyder på er avgjørende for god samhandling. Ansvars- og oppgaveavklaring som nedfelles i avtaler går igjen som et viktig tema. Her poengteres det at kommune og spesialisthelsetjeneste jobber under ulikt lovverk, og dermed må ha ulikt ansvar for pasienten. Noen få kommuner presiserer viktigheten av at faglig ansvarlig i spesialisthelsetjenesten tar sitt ansvar.

Avtaler og planer må etableres og følges opp, og de fleste kommunene trekker fram planer som viktige verktøy for å regulere felles ansvar for at en lykkes med å skrive ut pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Som det fremgår av funnene i rapporten benyttes IP i liten grad for denne pasientgruppen i forbindelse med utskrivningen, og mangel på IP oppgis å ikke bli tillagt vekt verken av mottakeravdeling eller kommune. Plan for risikohåndtering og avtale om reinnleggelse ved endring i symptombildet trekkes fram av flere mottakeravdelinger og kommuner som sentralt. Ved behov for reinnleggelse forplikter sikkerhetsavdelingen eller annen egnet avdeling seg til å ta imot pasienten når denne meldes (dette kan f.eks. være akuttpsykiatrisk avdeling for å sikre rask innleggelse). Dette bør være på plass ved utskrivning av denne pasientgruppen, og inngå som en del av pasientens risikohåndteringsplan.

Kunnskapsutveksling, samtidighet og samarbeid har også med de ytre rammene å gjøre, og flere av kommunene ber om at sykehuset etablerer rutiner som sikrer at kommunene tidlig inviteres inn i planlegging av utskrivning. Det bes om møter tidlig i behandlingsforløpet, underveis i forløpet og før utskrivning. Hospitering nevnes av flere, noe som handler om tid og ressurser til at personalet fra den mottakende enhet (enten denne er i kommune/bydel eller sengepost innen spesialisthelsetjenesten) kan være i sikkerhetsavdelingen for å bli kjent med pasienten og få grundig innsikt i de erfaringer de har gjort seg. Nødvendig kompetanseoverføring og felles forståelse av pasienten og dennes behov for tiltak ved utskrivning fremstår som et sentralt funn i kartleggingen. Dette pekes også på som en forutsetning for god kommunikasjon omkring omsorgsnivå og tiltak som ivaretar samfunnsvern hensynet hos mottaker. Noen av kommunene forteller om hospitering som en vesentlig faktor i å lykkes med utskrivning, andre forteller at dette er et ønsket ledd i prosedyrene. Svarene fra kommunene/bydeler og de mottakende enhetene innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern er ikke så ulike svarene fra sikkerhetspsykiatrien. Samtlige peker på samarbeid eller samhandling som en viktig faktor, der dette innebærer «*tidlig kontakt, god dialog og respekt for hverandres tjenester*», som en mottakerkommune har svart. Svarene på hva som ligger til grunn for et godt samarbeid peker mot en prosess som går over tid, der nødvendige ressurser er tilgjengelig og lovverket ikke blir til hinder. Klar ansvarsfordeling og avtaler om reinnleggelser eller veiledning/kompetanseoverføring er også tiltak som nevnes av flere som muliggjørende for utskrivning og mottak av denne gruppen pasienter.

Beskrivelsene over fra de kvalitative svarene samsvarer med de kvantitative resultatene som vist i tabellen under.

Tabell 8 Faktorer kommunene vektlegger som viktige (i prosent) for å kunne motta pasienter fra sikkerhetsavdelingene

	% (n=37)
Oppdatert risikovurdering/håndteringsplan	88%
Enighet om hvem som har videre ansvar for det tvungne vernet	85%
Avtale om systematisk samarbeid med utskrivende enhet	82%
Pasienten samarbeider om behandlingen sin	79%
Egnet botilbud	79%
Ressurser til å håndtere risikoatferd	74%

Drøfting

Sikkerhetspsykiatrien, pasientgruppa og utskrivelse til lavere omsorgsnivå

Å kartlegge en relativt liten gruppe utskrivningsklare pasienter fra sikkerhetsavdeling kan synes å være en enkel oppgave. Som tidligere beskrevet ([Helse og omsorgsdepartementet, 2012](#); Kilden m.fl., 2020) viser også denne kartleggingen at sikre tall er vanskelig å dokumentere. Mangelfull registrering, dårlig oversikt over hvordan registreringene gjøres eller ulike definisjoner av når en pasient er utskrivningsklar, bidrar til dette. Tall fra ulike sikkerhetsavdelinger er derav ikke nødvendigvis sammenlignbare. Samtidig peker resultatene på at både pasientene i utvalget og de generelle utfordringene knyttet til utskrivelser er sammenfallende med det som fremkommer i «Statusrapport Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019» (Kilden m.fl., 2020).

Norge er et lite land og sikkerhetspsykiatrien er en svært liten del av en større, men fremdeles liten, spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern. Likevel finnes det ingen enhetlig organisering av hvordan de ulike HF-er eller kommuner benytter sine tilgjengelige ressurser. Det finnes heller ingen systematikk i hvordan en utskrivningsklar pasient registreres, verken hos HF-ene eller i kommunene som får pasienten meldt. Dette resulterer i at det er vanskelig å få oversikt over pasientgruppen. Naturlige geografiske forskjeller som kommunestørrelse og lokalisasjon kan vanskeliggjøre det å gi et likeverdig sikkerhets-, behandlings-, og omsorgstilbud til pasientgruppen.

Til tross for at det ut fra spørreundersøkelsen ikke er mulig å si noe konkret om geografiske variasjoner, tyder funnene på at små kommuner vil kunne ha dårligere forutsetning for å håndtere denne pasientgruppen. Små kommuner har ofte mindre tilgang på personal med kompetanse og/eller erfaring med å jobbe med denne pasientgruppen, mindre tilgang på tilrettelagt bolig, og lange avstander som vanskeliggjør samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen. Samtidig vil små og perifere sykehusavdelinger og DPS kunne ha det samme utfordringsbildet med tanke på faglige ressurser. De større kommunene ser ut til å ha bedre mulighet til å skape rutiner som gir tilgang på kompetanse og personell, og har oftere spesialisthelsetjenester i eget område, noe som gir anledning til å utnytte de tilgjengelige ressursene bedre. En liten kommune som bare av og til får ansvar for vanskelige pasienter vil ha problemer med å bygge opp kompetanse og personalbase, samt problemer med å holde på denne ressursen.

I enkelte deler av landet er det en utbredt praksis at pasienter skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling via allmenpsykiatriske sengeposter før de overføres til

mottakerkommunen, mens andre steder er det lokal sikkerhetsavdeling som utfører den samme jobben. Forskjellige «veier» ut av sikkerhetsavdeling kan medføre både ulemper og fordeler for pasienten. En ulempe ved å skrive ut via annen sengepost kan for den enkelte pasient være at det blir flere nye mennesker og avdelinger å forholde seg til, noe som også innebærer nye rutiner og regler. Dette kan være svært utfordrende for denne pasientgruppen som trenger stor grad av forutsigbarhet, kontinuitet og trygghet. En fordel kan derimot være at pasienten blir skrevet ut fra et nivå som har god kjennskap til den lokale kulturen, egenskaper ved mottakende enheter og som i tillegg har samarbeidet innenfor de samme ytre rammene i lignende prosesser tidligere. Disse pasientene har ofte en forhistorie som gjør at de kanskje har vært innom lokale sengeposter tidligere, og de vil i så fall komme tilbake til kjente omgivelser og personer.

I [Stortingsmelding 26 \(2015\)](#) anbefales det at tjenestene til pasienter som er alvorlig psykisk syke, med eller uten rusbruk, og med vold i anamnesen, bør organiseres i ambulante og oppsøkende team. Samme melding trekker frem modellene for ACT (Assertive Community Treatment) og FACT (Flexible Assertive Community Treatment) som aktuelle organisasjonsformer for oppfølging og behandling av denne gruppen pasienter. Begge disse modellene er såkalte «halvannenlinjetjenester» der både spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten er representert i de enkelte teamene.

ACT er en godt dokumentert modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer. Disse pasientene oppsøker selv i liten grad hjelpeapparatet. Teamene er tverrfaglig sammensatt, og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester tilpasset brukerens behov. Modellen er utprøvd i mange land med gode resultater for målgruppen, også i Norge. Evalueringsrapporten fra Norge viser en nedgang i bruk av tvang med færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern og sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn på tvang (Ruud, 2014). Videre vises det til sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern, særlig for personer med mange innleggelse før inntak i ACT-team. Færre har alvorlige psykiatriske eller depressive symptomer, alvorlig selvmordsrisiko eller problemfylt bruk av rusmidler. Pasientene sier at de har bedre helse, og at de og pårørende er mer fornøyd med ACT enn tidligere behandling.

FACT-modellen er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen i Nederland og er i mindre grad fulgt av forskning. FACT er utviklet som et svar på utfordringene med å gi tjenester til innbyggere med alvorlige psykiske lidelser over lang tid. Et FACT-team behandler en mer sammensatt pasientgruppe enn for eksempel ACT-teamene. Kjernen i FACT-modellen er at det tilstrebes kontinuitet i behandlingen av den enkelte pasient, og at vedkommende ikke blir skrevet ut fra behandlingsteamet når bedring inntreffer (van Veldhuizen, 2013). Dette innebærer at ved et eventuelt tilbakefall kan behandlerne raskt øke intensiteten i behandlingen, og pasienten slipper å forholde seg til ukjente/nye behandlere. Etableringen av halvannenlinjetjenester bidrar også til bedre utskrivningsprosesser, og gir kontinuitet i overgangene mellom poliklinikk og sengepost. Behandlerne ute opprettholder kontakten med pasienten også når vedkommende er innlagt, deltar på møter og bidrar slik til å trygge pasienten i utskrivelsesprosessen. Evalueringen av Norges første FACT-team (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) fremhever at spesialisthelsetjenesten bringes ut i kommunene gjennom denne organiseringsformen, og bidrar med veiledning og

kompetanseoverføring, samt at det bedre sikrer at den enkelte pasient får tilgang til spesialisthelsetjenesten ut i fra sine pasientrettigheter. Videre viser evalueringen blant annet at innleggelser og oppholdsøgn på tvang i psykisk helsevern er nesten halvert etter inntak i FACT-teamene, sammenlignet med to år før inntak. En observasjonsstudie (Sood L. m.fl. 2017) viser også at pasientene som ble overført fra kommunehelseteam og ACT til FACT-team hadde mindre sykehusopphold og redusert behov for akutte kriseteam.

Det finnes lokale team inspirert av FACT – modellen som FACT-forensic (FACT Sikkerhet). Funnene i vår kartlegging tyder på et økt behov for spesialiserte oppsøkende og ambulerende team, spesielt for noen av de sikkerhetspsykiatriske pasientene, der det ordinære tilbudet ikke synes tilstrekkelig. Dette kan sees i sammenheng med en stor økning i antall utskrivelser fra sikkerhetspsykiatrien de siste årene (Haaland 2016, Kilden m.fl., 2020), som igjen kan medføre et større behov for at sikkerhetspsykiatrien følger opp noen av pasientene videre, også etter utskrivelse fra sikkerhetsavdeling. I opptaksområder der befolkningsgrunnlaget ikke er stort nok for å etablere team som her beskrevet, er individbaserte team som etableres ut fra den enkelte pasients behov relevant. Dette kan også være en aktuell tilnærming for pasienter i større opptaksområder, men da for de som har utfordringer knyttet til å forholde seg til mange ulike ansatte, og som har omfattende behov for oppfølging eller har så stor problembelastning at kommune, DPS og sikkerhetsavdeling ikke greier å gi behandling og oppfølging innenfor det ordinære tjenestetilbudet. Det kan dreie seg om kombinasjonen av alvorlig personlighetsproblematikk, rusmiddelproblemer og voldelig atferd, av og til i kombinasjon med kognitiv svikt/utviklingsforstyrrelser. Ambulante og oppsøkende team som her beskrevet er en ønsket utvikling fra helsemyndighetenes side, og sterkt anbefalt i Stortingsmelding 26 2014-2015 (2015).

I sentraliserte områder med stor befolkningstetthet og betydelige befolkningsvekst pekes det på en økende kapasitetsutfordring innen sikkerhetspsykiatrien (Kilden m.fl., 2020). Selv om antall utskrivelser fra sikkerhetsavdeling har økt betraktelig de senere årene, er det blitt færre sengeplasser i hele helselinjen som går parallelt med en økende tendens til at stadig flere pasienter underlagt særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern tar opp sengekapasiteten innen sikkerhetspsykiatrien over tid (ibid.). Denne pasientpopulasjonen kommer på grunn av behovet for videre tvangstiltak ikke inn under definisjonen utskrivningsklar jfr. [Forskrift om utskrivningsklare pasienter](#), og kan dermed pga. samfunnsvern hensynet ikke skrives ut til et kommunalt tilbud. Likevel er disse pasientene vurdert til ikke å være i behov av eller kunne nyttiggjøre seg videre behandling på sikkerhetsavdeling.

En annen gruppe pasienter som i økende grad forblir i sikkerhetspsykiatrien er utenlandske statsborgere med utvisningsvedtak. Disse har ingen sosiale rettigheter i Norge og derav ingen kommunal tilhørighet som de kan skrives ut til. Pasientene er såkalt «ureturnerbare» og vil som oftest bli værende på sikkerhetsavdeling/laveste behandlingsnivå i spesialisthelsetjenesten uten et kommunalt mottakertilbud, selv om pasienten verken er i behov for de sikkerhets- eller behandlingsrammer som spesialisthelsetjenesten er ment å tilby. For enkelte slike pasienter har UDI tidligere tatt ansvar for pasienten gjennom å betale institusjonsplass på et lavere omsorgsnivå, men denne ordningen synes ikke å være en del av

et generelt tilbud til gruppen. Begge pasientgruppene her beskrevet legger beslag på døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien/ spesialisthelsetjenesten over svært lang tid, noen mange tiår, uten at det i dag eksisterer et reelt alternativ utenfor en lukket sengepost. De opptar da plasser på bekostning av andre pasienter med behandlingsbehov og -potensiale.

Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen og Rise (2013) har undersøkt hvordan pasienter vil beskrive et godt tjenestetilbud. Her kommer det tydelig frem at også pasientene merker seg dårlig samhandling mellom ulike tjenesteytere og at de ønsker seg samhandlende tjenester. De vil ha respekt, faglig dyktighet, forutsigbarhet, fleksibilitet, informasjon, samhandling og at beslutninger fattes i fellesskap. De ønsker seg også kontinuitet i den behandling og oppfølging som tilbys, der det over år bygges opp gode relasjoner mellom pasient og primærkontakt/behandler/team. Soggiu og Biong (2014) konkluderer i sin forskningsrapport at et team i førstelinjien som er etablert for å følge opp den pasientgruppen som er tema for denne rapporten, best gjøres innenfor rammen av recovery-perspektivet. Recoverybaserte tilnæringsmåter, som ut fra modellene blant annet innebærer at pasientene får møte personer med egenerfaring kan videre bidra til at man møter pasientene med et større spekter av tilnæringer og med dette bidra til endring. Det å tilby personen at brukerrepresentanter/brukerorganisasjoner deltar i utskrivingsmøter og samhandlingsmøter mellom avgivende og mottakende part, kan både fungere som en støtte for brukeren, og erstatte privat nettverk der dette er mangelfullt. Deler av sikkerhetspsykiatrien har begynt å gjøre seg erfaringer med å ansette erfaringskonsulenter/personer med brukerkompetanse. Dette kan i seg selv virke motiverende for pasientene og gi de håp. En studie viser også at pasienter har svært positive erfaringer med bruk av erfaringskonsulenter (Borg, m.fl. 2017). Erfaringskonsulenter som medarbeidere kan også bidra til at pasientenes stemme i større grad blir hørt. Godt samarbeid mellom tjenestenivåene, pasienten og pårørende (eller erfaringskonsulent der pårørende ikke har en støttende funksjon) synes å være et område der sikkerhetspsykiatrien må ha et større fokus enn hva som generelt er tilfellet per i dag.

Juridiske rammebetingelser: Ulikheter knyttet opp mot bruk av tvang, samfunnsvern og kommunetilhørighet

Flere lover og forskrifter reguler prosessene knyttet til utskrivning av pasienter fra en sikkerhetsavdeling. Basert på funnene i denne rapporten oppleves lovverket å være komplekst. Rapporten avdekker videre at lovverk og forskrifter i liten grad harmoniserer med hverandre, og åpner opp for ulik tolkning av sentrale momenter i utskrivelsesprosessen. Funnene i denne undersøkelsen viser at det foreligger ulike oppfatninger om når en pasient er utskrivningsklar. Spennet i oppfatninger synes å være preget av ståsted, bakgrunn og kultur. I dette spennet kan det også være utfordringer knyttet til vurdering av framtidig voldsrisiko. Spenningsforholdet er ikke nytt. Det er tidligere beskrevet at jo større vekt som er på «farlighet» og «uforutsigbarhet», jo sterkere blir det lagt vekt på at brukerne «ikke hører hjemme i kommunen» (Pettersen og Rudningen, 2014). Ulikheter i lovverk og juridiske rammebetingelser mellom spesialisthelsetjenesten (primært sengepostene) og kommunalt nivå trekkes av flere informanter frem som en faktor som vanskeliggjør utskrivningsprosessen, spesielt der avgivende enhet i spesialisthelsetjenesten og kommune i liten grad har kunnskap om hverandres lovverk og de muligheter og begrensninger dette gir for inngripende tiltak/tvang etter utskrivning. Enkelte kommuner svarer at lovverket i kommunen ikke er tilpasset sikkerhetspsykiatriske pasienter og at dette vanskeliggjør

mottak, mens andre viser til at det er mulig å gjennomføre en vellykket utskrivning ved dagens lovverk, gjennom samhandling og samtidighet i ansvar.

Ved utskrivelse til en kommune viser kartleggingen at en felles forståelse for når en pasient er utskrivningsklar - eller når en kommune skal ta imot en pasient fra sikkerhetsavdeling - ofte mangler. Det sees en diskrepans i synet på hvem som avgjør når en pasient er utskrivningsklar, der noen kommuner formidler en tydelig forventning om at de skal ha en medbestemmelse i denne vurderingen. Å være utskrivningsklar betyr ikke bare at pasientens psykiske lidelse, henviste og oppdagede problemstillinger og pasientens videre behandlingspotensial er avklart. Tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten må også være avsluttet ([Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#)).

Kommunehelsetjenestens lovverk synes ikke å ivareta samfunnsvern hensynet slik spesialisthelsetjenestens lovverk gjør. Funnen tyder på at pasienter, med begrunnelse i samfunnsvern hensynet, må oppholde seg i sykehusavdeling selv etter å ha blitt vurdert som ferdigbehandlet der. Til tross for at manglende utskrivning fra sikkerhetsavdeling kan være i strid med pasientens rettssikkerhet og lovfestede krav til å ikke oppholde seg på et høyere sikkerhetsnivå lenger enn nødvendig har kommunene likevel ikke et lovpålagt ansvar for å ivareta samfunnsvern hensynet. Samtidig må det påses at pasienter med behov for videre tvangstiltak ikke skrives ut til kommunen og blir fratatt sin rettssikkerhet ved å bli utsatt for uhjemlet tvang - eller at de godtar tvangstiltak de egentlig ønsker å si nei til, men føler seg tvunget til å godta som premiss for et botilbud i kommunen (NAPHA, KBT 2017). Det må være et mål at pasienter ikke skal utsettes for unødig frihetsberøvelse og begrensninger, og at pasientens autonomi opprettholdes så langt det er mulig. Uhjemlet tvang fratrar pasienten og dens pårørende de lovmessige kontroll- og klagemuligheter som de har gjennom psykisk helsevernloven. Selv om pasienter er på dom eller er vurdert til å ikke ha samtykkekompetanse mtp. egen behandling, skal pasientenes medbestemmelse og delaktighet i egen behandling og avgjørelser som påvirker deres liv ivaretas. Dette selv om pasienten kan ha egenskaper som utfordrer kommunens mulighet til å ta imot pasienten. Dersom pasienten ikke ønsker tjenester fra kommunen kan det likevel påvirke muligheten for pasienten til å bo i kommunen, hvor frivillighet og autonomi er premisser for den kommunale behandlingen og de omsorgstjeneste som gis.

En må påse at den maktubalansen som kan være mellom de ulike tjenestenivåene ikke medfører at kommunen eller enkeltpersonell opplever et press som resulterer i uhjemlet tvang. Samtykke eller avtale kan ikke anvendes som rettslig grunnlag for å gjennomføre urimelige eller ulovlige vilkår i tjenesteytelsen, og skal heller ikke regulere spørsmål som er så inngripende at de må anses for å kreve hjemmel i lov i samsvar med legalitetsprinsippet. Eksempelvis: det kan drøftes om en person befinner seg i en tvangslignende situasjon, om han får valget mellom å forbli innlagt i en sikkerhetsavdeling, versus å få egen bolig med 2-1 oppfølging 24 timer i døgnet. Helsedirektoratet har selv påpekt at dette er urimelige/ulovlige vilkår som er for inngripende (NAPHA, KBT 2017). Det er viktig at alternativer til tvang alltid er førende for den behandling, tiltak og oppfølging som gis (Bjørger, Storvold, Norvoll, Husum, 2014). Inngrep i pasientenes liv med tvang skal alltid være siste utvei der andre løsninger for å ivareta pasienten eller samfunnsvern hensynet ikke er tilstrekkelige.

I vårt utvalg synes mange av utfordringene her nevnt å være spesielt problematisk for pasienter som er idømt særreaksjonen dom på tvungent psykisk helsevern, eller for pasienter som begår voldsatferd i den grad at farekriteriet i psykisk helsevernloven vil være gjeldende. Når pasienter er underlagt vedtak om tvungent psykisk helsevern (uavhengig av dom) vil det være utfordringer knyttet til det å ivareta samfunnsvern hensynet på et lavere sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivå ved utskrivning fra sikkerhetsavdeling. For alle pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern har spesialisthelsetjenesten et ansvar for å forsøke å forebygge økende symptomtrykk eller nye sykdomsepisoder, og forhindre at pasienten er til fare for seg selv eller for andre.

En annen utfordring synes å være den uklarhet som finnes i lovverket hva gjelder pasientenes kommunetilhørighet. Hvorvidt pasienten selv kan velge bostedskommune mens de fortsatt er innlagt i sikkerhetspsykiatrien har konsekvenser for hva gjelder avklaring om hvilken kommune som skal etablere det omfattende og sammensatte tjenestetilbudet pasienten ofte er i behov av. Der spesialisthelsetjenesteloven forholder seg til det stedet pasienten oppholdt seg før innleggelse, stadfester kommuneloven at pasienter står fritt til å velge bostedskommune. Det vil si at enkelte av disse pasientene mangler tydelig tilhørighet til en enkelt kommune/bydel. De fleste av oss tar for gitt at vi står fritt til selv å velge hvor vi ønsker å bo og etablere oss. Hvor den enkelte utskrivningsklare pasient skal bosettes vil ha stor innvirkning på deres liv og hverdag. Kartleggingen viste at for 7 av 18 pasienter var hinderet at mottaker ikke hadde vedkjent seg ansvar for pasientene. I flere av disse svarene ble det presisert at uenigheten vedrørende pasientens kommunetilhørighet var det som forsinket utskrivelsen. Flere kommuner har også boplikt før en innbygger tildeles kommunal bolig. Dette gjør det spesielt vanskelig når en utskrivningsklar pasient velger å melde flytting til en ny kommune da det kan bidra til å forsinke og vanskeliggjøre utskrivningsprosessen ytterligere.

Hvorvidt kommunene ønsker å ha lovhjemmel til å benytte tvang eller om de ser på det som en ren spesialisthelsetjenesteoppgave slik det er i dag, varierer. Kommunenes holdning til det å skulle ha ansvar for ivaretagelse av samfunnsvern hensynet varierer også – fra de som er positive til de som ikke ønsker dette. Hva som ligger i det å være positiv eller negativ, om en ser for seg at samfunnsvern hensynet da skulle ivaretas i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten (DPS) eller som et selvstendig ansvar hos den enkelte mottakerkommune, har ikke denne undersøkelsen spurt konkret om. Svar fra noen kommuner indikerer at påtalemyndigheten og spesialisthelsetjenesten ber om tiltak kommunen ikke har lovhjemmel til å gjennomføre, der det nærmest «bestilles» tiltak fra spesialisthelsetjenesten/påtalemyndigheten som kommunene ikke rår over. Kommunene ønsker å komme tidlig inn i vurdering og planlegging av utskrivning, og vil selv - sammen med pasienten - vurdere tjenestebehov. Kommunene ber om et samarbeid om gjensidig avklaring av kriterier for utskrivning, og for reinnleggelse. Samtidig er dette vurderingsansvaret tillagt spesialisthelsetjenesten alene. Manglende opplevelse av respekt for hverandres kunnskap, begrensninger og ulike rammevilkår er beskrevet som årsaker til forsinket utskrivelse slik flere som har svart på undersøkelsen peker på.

For at kommunale behov skal ivaretas slik at de er i stand til å motta alle i denne pasientgruppen, må de her poengterte utfordringer knyttet til lovverk avklares slik at de ikke lengre medfører hinder i utskrivelsesprosessen.

Økonomiske behov og finansiering knyttet til ressurser som personell, bolig og døgnplasser

Det er av flere kommuner oppgitt å være utilstrekkelig finansieringstiltak for mottak av pasientgruppen, og at dette forsinker utskrivelsen. Mange ser behovet for en bedre statlig tilskuddsordning når en kommune skal ta imot sikkerhetspsykiatriske pasienter med behov for omfattende tilrettelegging. En god tjeneste krever tilstrekkelig med personalressurser, kompetanse og bygninger eller fasiliteter som egner seg. Uten god nok tilgang på alt dette vil en kommune ikke være rustet til å håndtere en pasient med vanskelig atferd, og tilgangen bestemmes i stor grad av kommuneøkonomi. Pasientgruppen har ofte behov for komplekse og sammensatte tjenester fra kommunen etter utskrivning. Dette krever en betydelig innsats fra mottakende kommune i samarbeid med spesialisthelsetjenesten med tanke på ivaretagelse av omsorg, rehabilitering og sikkerhet. En uenighet som kan oppstå er eksempelvis hvem som skal betale for et kommunalt tiltak med 2:1 bemanning der begrunnelsen for tiltaket er ivaretagelse av samfunnsvern hensynet.

Kartleggingen viser også at det i dag ikke finnes et tilstrekkelig omfang av adekvate bolig tjenester til denne pasientgruppen. Det synes spesielt å være en mangel på tilrettelagte boliger med tilstrekkelig bemanning. Helse Sør-Øst har etablert flere driftsavtaler med private institusjoner der spesialisthelsetjenesten kan søke på ledige plasser. Kommuner og bydeler kan også kjøpe tjenester hos de samme institusjonene, og det er ikke uvanlig at en pasient kan starte på en spesialisthelsetjenesteplass for så å bli overført til kommunal plass (der ansvaret for finansiering flyttes fra helseforetak til kommune). I Helse Nord finnes et kommunalt botilbud på sykehusområdet i Åsgård. Det som opprinnelig var et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset og kommunen, er nå overtatt helt av kommunen. Underlagt avdeling sikkerhet i Helse Stavanger finnes et botilbud, EVA, for personer med autismespekterforstyrrelse, psykisk utviklingshemming eller alvorlig psykisk lidelse som i tillegg har svært utfordrende atferd (rus, selvskade, volds- og sedelighetsproblematikk). Enheten finansieres i hovedsak av at kommunen kjøper plasser og følger sykehjemsforskrift, men personalet som jobber der er faglig og organisatorisk underlagt sikkerhetspsykiatrien. EVA, med sin samdrift mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, er det eneste botilbudet av sitt slag i Norge. Enheten har på ulikt vis problematisert utfordringer knyttet til å ivareta sikkerheten til pasientene under gjeldende lovverk, men har også eksemplifisert hva som er mulig å få til innen rammene av det lovverket som eksisterer. Det eneste alternativet for flere av disse pasientene er i praksis lukket avdeling/sikkerhetspost.

En mulig løsning, foreslått av flere, er å etablere såkalte «sikkerhetsboliger». Ønsket her er å etablere permanente boliger for sikkerhetspasienter med spesielt krevende utfordringsbilde, organisert innen spesialisthelsetjenesten med mulighet for tvangshjemler som vil regulere grensesettende tiltak. Argumentene for dette er å sikre muligheten til inngripen ved tvang i pasientenes bolig når det er behov for dette, og da særlig med tanke på å ivareta samfunnsvern hensynet, samtidig som at man ivaretar pasientens rettssikkerhet ved at pasienter og pårørende har klage- og kontrolladgang iht. phvl.

I tillegg til ovennevnte særtiltak finnes mer utbredte organisasjonsmodeller som skal gi et helhetlig og samtidig tilbud om bolig, behandlings- og omsorgstjenester. «Flexbo» og «Housing First» (Ly A, Latimer 2015) er to botiltak som synes særlig relevante for den pasientgruppen vi her snakker om, og som kan innrettes sammen med ambulerende tiltak fra spesialisthelsetjenesten spesielt mot å ivareta personer som man antar kan utgjøre en

sikkerhetsrisiko. Funnene i kartleggingen tyder på at denne type organisering av tjenestene bidrar til at man lykkes i utskrivelsesprosessen. Et problem er likevel at mange av de faktorene som kjennetegner gode overføringsprosesser ikke blir belønnet økonomisk. Helsetjenestene er finansiert gjennom ulike instanser som kommuner og helseforetak, og kapasitetsbegrensninger i den enkelte enhet vil påvirke de rammer som ulike aktører har for å etablere gode utskrivelsesprosesser. Dagens system for fordeling av oppgaver mellom ulike nivå og de ulike aktørers inntjeningsmuligheter fremmer ikke nødvendigvis samhandling eller gjør samtidighet i tjenestene til økonomisk rasjonell atferd.

Ut i fra ovenfor nevnte drøfting kan det virke som en urettmessig forskjell at særreaksjonens dom til tvungen psykisk helsevern ikke har en finansieringsordning lik den som eksisterer for dom til tvungen omsorg ([jfr. § 11 i Forskrift om gjennomføring av særreaksjon tvungen omsorg](#)). Av denne fremgår det at staten dekker avtalepartens (kommunens) utgifter til gjennomføring av tvungen omsorg. Tilsvarende ordning finnes også for statlig finansiert prøveløslatelse for forvaringsdømte.

Samarbeid og samhandling: Hva skal til for at eksisterende forskrifter og prosedyrer tas i bruk?

Det er likevel ikke bare økonomi som er styrende for hvordan de ulike tjenestenivåene samhandler. Hvilken kultur for samarbeid som eksisterer mellom de ulike nivåene fremstår også som en viktig faktor for en vellykket utskrivelsesprosess. Det sikkerhetsavdelingene opplever som uvilje hos kommunene som forsinker en utskrivelse, kan fra mottakers side være en faglig godt begrunnet avvisning. Det spesialisthelsetjenesten opplever som negative holdninger er i svarene fra mottakerkommunene beskrevet som nødvendige valg. På samme måte kan det kommunene opplever som arrogante holdninger være «riktige» vurderinger av hvorvidt pasientene er utskrivningsklare til et lavere omsorgs- og behandlingsnivå. Både avsendere og mottakere av utskrivningsklare pasienter omtaler “henvisninger” og “bestillinger” av spesifikke kommunale tiltak som må være på plass før pasienten kan utskrives. Slike bestillinger kan virke mot sin hensikt i prosessen mot praktisk samhandling og ansvarsdeling.

Resultatene fra kartleggingen viser at flere nevner tiltak som krever en periode med overlapping mellom avsender og mottaker i utskrivningsprosessen for denne gruppen av pasienter. Eksempler på slike tiltak er hospitering, utvidede tidsrammer for utskrivning, forpliktende avtaler om reinnleggelser, veiledning fra spesialisthelsetjenesten og avtaler for kompetanseoverføring. En slik overlapping innebærer at de to tjenestenivåene går over i hverandre og utvider rammene for utskrivningen. Dette vanskeliggjøres av dagens «silo-tenkning» og «silo-organisering» av helsevesenet. «Silo-organisering» kjennetegnes ifølge FOU-rapporten «Incentiver for god samhandling i lokalbasert rus og helsearbeid» ved vertikalt posisjonerte funksjonsområder med ulik spesialisering (KS FOU, 2016). «Silo-tenkningen» innenfor enhetene blir igjen styrket av styringsideologier hvor lojaliteten og belønningen ligger i den enkelte virksomhet. De ansatte kan kjenne på manglende kommunikasjon mellom enhetene, fragmentering, usynlige barrierer og lite kunnskap om hva de andre enhetene gjør. Noen mottakere nevner «silotenkning» som et problem som hindrer gode overføringsprosesser, og henviser også til ulik kultur og ulike rammer da de ulike delene av helsesektoren er underlagt ulike departement med hver sine tenkemåter. Flere kommuner peker i vår undersøkelse på «silotenkning» som et sentralt trekk ved den aktuelle utfordringen. Selv om begrepet ikke benyttes i svarene fra spesialisthelsetjenesten

er det likevel beskrivende for det de svarer. «Silo-tenkning» er også ofte kalt sektortenkning eller båtstenkning. Utfordringer med å samarbeide om en utskrivningsklar pasient kan bli særlig merkbart i saker der pasienter har behov for en «horisontal tjeneste» som følger pasienten over tid og hvor det er behov for kontinuitet hva gjelder ansvaret for tjenestene.

Samarbeidsavtaler og etablerte prosedyrer mellom helseforetak og kommuner peker på prinsipper for ansvars- og oppgavefordeling, slik at tjenestene skal utføres på best effektive omsorgsnivå, jfr. BEON-prinsippet (St. Meld. 47, 2008-2009) og ivaretas gjennom helhetlige pasientforløp utviklet i fellesskap (St. Meld. 7, 2019). Pasientforløp skal omfatte tydelig beskrivelse av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det viktigste i slike avtaler vil være at ingen av partene alene kan definere hva som er kommunens eller spesialisthelsetjenestens ansvar. Dette er et vesentlig prinsipp som må være gjeldende for samhandling. Videre er det vesentlig at aktuelle forskrifter og planverk er gjort kjent og benyttes på alle tjenestenivå. God ledelsesforankring synes da å være en nødvendig forutsetning.

Mangel på samarbeid og liten vilje til å invitere til dette fra enheten som ønsker å skrive ut en pasient blir av flere mottakeravdelinger og -kommuner beskrevet som en utfordring. Dette kan bidra til å skape en uvillighet i mottakeravdeling og/eller -kommune som bes om å ta imot en utskrivningsklar pasient. Noen av de sikkerhetspsykiatriske avdelingene oppgir at de opplever trenering fra kommunenes side. I det materialet vi har hatt tilgang til synes dette å kunne handle både om uvilje og ressursknapphet. Med utgangspunkt i svarene fra utvalget kan det også se ut som om det foreligger ulike forventninger til samarbeidet på de ulike nivåene i forbindelse med en utskrivningsprosess. Gjeldende lovbestemmelser, herunder også forskrifter og prosedyrer, faglige råd og anbefalinger, har ikke bidratt til å fremme samhandling i tilstrekkelig grad i og med at det er konstatert at manglende samhandling er et problem. IP blir i liten grad benyttet av mottakerkommunene og- avdeling som planleggingsverktøy i forbindelse med utskrivning. Dette til tross for at denne gruppen som helhet er vurdert å ha et stort behov for sammensatte tjenester. IP er imidlertid pasientens plan, og pasient har rett til å ikke ta imot et tilbud om å utarbeide en IP. Når det skal anvendes lovgivning som styringsvirkemiddel på en effektiv måte er det behov for kunnskap om hvilke betingelser som må være oppfylt for at de ønskede virkninger skal oppnås. Det er liten tradisjon for å evaluere lovgivning og dermed vanskelig å finne systematisk underbygget kunnskap om i hvilke tilfeller lovgivning fungerer godt som styringsvirkemiddel innenfor de ulike samfunnsområdene (St. meld. 47, 2008-2009). Erfaringer med de reglene som pålegger samhandling viser at lovpålegg i seg selv ikke har vært et tilstrekkelig tiltak for å få til bedre samhandling innenfor helsetjenestene. Effektive samhandlingsarenaer synes også nødvendig.

En hypotese på mulige årsaker til mangelfull samhandling kan være at partene har ulik forståelse av hva som er formålet for tjenestene de ulike aktørene skal levere. Stortingsmelding 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste refererer til at det på flere tjenesteområder, herunder psykisk helse, rus og rehabilitering, i dag er uklart hva som forventes av kommunehelsetjenesten. I samme melding fremkommer det også et behov for å tydeliggjøre ansvars- og arbeidsdelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene. For pasienten er det en gjensidig avhengighet mellom de to tjenestenivåene, også der de er delvis overlappende og der pasienten i liten grad ser forskjellen på de to tjenestenivåene. Dette kan bidra til samhandlingsproblemer. Selv om det gjennom de siste årene har vært

jobbet med mange tiltak for å bedre samhandlingen mellom nivåene, viser tilbakemeldingene fra informanter både fra spesialisthelsetjenesten og kommuner at samhandlingen ofte er dårlig. Dårlige koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk. Samarbeidsrelasjonens betydning for effektivitet avhenger av at den felles oppgaven (yte helsehjelp) settes i sentrum for nettverket av tjenesteytere, og det påpekes at dette er en svært viktig lederoppgave (Gittel, 2018). Rapporten «Incentiver for god samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid» (KS FOU, 2016) anbefaler det samme. Det må altså foreligge eller etableres en kultur for samhandling og kommunikasjon mellom avsender (utskrivende enhet) og mottakeravdeling og -kommune for ansvars plassering for å få til godt samarbeid og god samhandling rundt utskrivelsesprosessene for denne pasientgruppen.

Selv om avtaler og planverk eksisterer blir de ikke alltid benyttet. Vi ba mottakende enheter gi eksempler på vellykkede utskrivningsprosesser. En vellykket prosess beskrives slik av en lokal sikkerhetspost: *«god dialog, vilje til å ta imot pasient, lage gode planer for utskrivning og håndtering sammen, gjerne hospitere på forhånd, oppfølging ambulant fra spesialisthelsetjenesten, veiledning, avlastningsopphold i (sikkerhets)avdelingen»*. Dette svaret oppsummerer flere av de tiltakene og verktøyene som er tilgjengelig i dag og viser hvordan samarbeid over tid, rolleforståelse med tanke på hjemler i lovverket og glidende overganger gjennom hele overføringsprosessen er viktig. Funnene peker på at kommunene er i behov av et mer forpliktende samarbeid enn hva tilfellet er i dag. Det er nødvendig at kommunene blir tidlig involvert og ved utskrivelse til kommunen må hvem som har ansvar for videre oppfølging av det tvungne vernet være avklart. Det bør også komme tydelig frem hvem som har ansvar for pasientens medikamentelle behandling, forordning av medikasjon og utleveringsregime, der sistnevnte ofte skjer i samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten for denne pasientgruppen. Det må etableres planer for systematisk oppfølging av behandlingen for pasienter som har tvangsvedtak og en systematisk oppfølging og vurdering av voldsrisiko i en kommunal kontekst.

Flere av informantene våre har vært opptatt av at det før utskrivning bør foreligge en grundig voldsrisikovurdering av pasienten, og at det med utgangspunkt i det som fremkommer i denne etableres en risikohåndteringsplan. Dette er hjelpeapparatets plan for håndtering av pasienten ved tilbakefall, for å sikre pasienten selv og andre, og slik ivareta samfunnsvernehensynet. Ulike helseforetak og institusjoner kan ha ulik holdning til det å utarbeide en plan som pasienten selv ikke er deltakende og/eller enig i. Der pasienten har innsikt i egen voldsproblematikk og hva som trigger denne bør vedkommende inviteres til å delta i planarbeidet, men pasienten kan ikke motsette seg at det etableres en slik plan om mottakeravdeling og/eller -kommune ønsker dette. Her kan hensynet til personale i en evt. bolig (forhindre personskader), materielle ødeleggelse (brann, vann, knusing av inventar), eller hensynet til pasientens pårørende og/eller offer/offerets pårørende der pasienten er dømt til tvungent psykisk helsevern være avgjørende. I vårt materiale etterlyses samarbeid om risikovurdering og -håndtering av flere av mottakeravdelingene og -kommunene, dette til tross for at det foreligger klare føringer på at dette bør gjøres og anbefalinger om hvordan det kan gjøres fra sentrale myndigheter (Helsedirektoratet, 2018).

Under opphold ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling gjennomføres det jevnlig systematiske risikovurderinger. I forbindelse med utskrivning bør denne oppdateres, noe som også er anbefalt i Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse

(Helsedirektoratet, 2018). Allerede under utarbeidelsen av denne bør mottakeravdelinger og -kommuner, inviteres til å delta. Det er vanlig å innhente opplysninger fra andre sykehus/helseforetak og fra politi/påtale, men ofte sitter mottakende enheter på annen informasjon enn de førstnevnte instansene. Dette kan være sosialrapporter fra ulike rusinstitusjoner/lavterskel botilbud, erfaringer fra tidligere boforhold i kommunens regi og/eller informasjon om hvordan pasienten samarbeider med kommunale instanser. Dette er forhold som kan resultere i det som beskrives som «negativ forkunnskap» hos mottakerkommunen slik sikkerhetspsykiatriske avdelinger oppfatter det, samtidig som denne informasjon er svært viktig å få fram både når det gjelder planlegging av aktuelle tilbud og tiltak fra kommunens side og i forhold til risikohåndtering etter utskrivning.

Risikohåndteringsplanen bør utarbeides i samarbeid mellom avsender og mottakende enheter, og pasienten bør inviteres til å delta. Det samme gjelder for pårørende. Spesielt der kontakt mellom pårørende og pasient kan utgjøre en risiko for førstnevnte, bør deres holdning til aktuelle tiltak vektlegges, i tråd med Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2018). Det kan se ut som om mange av informantene våre ikke er klar over dette dokumentet, da det ikke synes å være implementert i helseforetak eller kommune. Funnen tyder videre på at de faglige rådene og andre plandokumenter og føringer i liten grad tas i bruk ved utskrivelser og overføringer. Det er viktig at eksisterende verktøy gjøres kjent, ledelsesforankres og benyttes. Det antas at det vil bedre samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene, og samtidig bidra til å bedre medvirkningen til pasientene og deres pårørende og der igjennom kunne øke deres livskvalitet.

De samlede funn fra denne kartleggingen viser hvilke behov kommunene har som må dekkes for at de – og mottakeravdelinger i spesialisthelsetjenesten skal kunne ivareta pasientgruppen. Dette med bakgrunn i at det er en økende utfordring at pasienter må vente (lenge) på utskrivning fra sikkerhetsavdeling etter at de er ferdig behandlet der. Årsakene til dette kan, som belyst i denne rapporten, knyttes til sammensatte utfordringer i utskrivelsesprosessen fra sikkerhetsavdeling gjennom alle tjenestenivå og helt til pasienten er etablert i et egnet bolig-, helse- og omsorgstilbud i kommunen. Det handler om avklaring og harmonisering av lovverk, økonomi (inkludert tilstrekkelig kapasitet og fagkompetanse), samt god samhandling og tydelig ansvarsfordeling mellom de ulike tjenestenivåene. Et viktig premiss for god ivaretagelse av pasientgruppen er videre hvordan man skal fremme økt livskvalitet og påse at deres rettssikkerhet ivaretas, samtidig med personalets og borgeres sikkerhet og øvrige samfunnsvern hensyn ivaretas.

Tiltak og anbefalinger

Funnene som foreligger viser et sammensatt utfordringsbilde knyttet til utskrivelsesprosesser for sikkerhetspsykiatriske pasienter. Basert på funnene i rapporten presenteres følgende tiltak og anbefalinger som er viktige for å bedre situasjonen til sikkerhetspsykiatriske pasienter og for å øke mulighetene for kommunal ivaretagelse av pasientgruppen:

Organisatoriske rammebetingelser

- Det anbefales å utrede en mer enhetlig organisering av sikkerhetspsykiatrien for å sikre et nødvendig og likeverdig tjenestetilbudet til pasientgruppen i hele landet.
- Det anbefales å utrede muligheten for en felles nasjonal prosedyre mellom helseforetak og kommunene for å sikre systematisk samhandling knyttet til utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter. Prosedyren bør inneholde forpliktende avtaler, klar ansvarsfordeling og mulighet for tidlig kontakt mellom tjenestene.
- Det anbefales at de enkelte helseforetak oppretter sykehusomfattende prosedyrer med en egen koordinator knyttet til utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter.
- Det anbefales å utrede nærmere behovet for ulike botilbud for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig voldsrisiko, og i hvilken grad disse vil ivareta pasientenes rettssikkerhet og samfunnsvern hensynet:
 - Offentlige «sikkerhetsboliger» regulert av psykisk helsevernloven i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.
 - Organisasjonsmodell etter EVA der bolig tjenestene er en samdrift mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.
 - Brukerorienterte tjenestemodeller som Flexbo og Housing first.
- Det anbefales å utrede nødvendigheten av en harmonisering av digitale system mellom ulike helseforetak, sektorer og tjenesteytere og et felles nasjonalt register for utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter.

Faglige rammebetingelser

- Det anbefales videre satsning på ambulante, oppsøkende team som ACT og FACT/Sikkerhets-FACT. Teamene må innrettes særlig mtp. å ivareta personer som kan utgjøre en sikkerhetsrisiko og samtidig hjelpe pasientene til å mestre en selvstendig bosituasjon. Dette for å øke livskvaliteten og ivaretakelsen av pasientene og deres rettssikkerhet.
- Det anbefales å utrede muligheter for hvordan sikre at allerede eksisterende forskrifter og retningslinjer knyttet til utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter ledelsesforankres, blir gjort kjent og tatt i bruk av alle involverte tjenesteytere.
- Det anbefales et felles kompetanseløft for alle tjenesteytere, der brukerorganisasjoner, pasienter og pårørende inkluderes, og eksisterende samhandlingsprosedyrer og retningslinjer blir gjort kjent. Dette vil skape en felles

arena der lovverk, alternativer til tvang og andre relevante tema for dette komplekse fagområdet kan drøftes.

- Det anbefales et felles kompetanseløft knyttet til risikovurdering- og håndtering.
- Det anbefales tiltak for å motvirke stigma i lokalsamfunnet, noe som er sentralt skal en lykkes med utskriving og integrering av en utskrivningsklar sikkerhetspsykiatrisk pasient. Åpne informasjonsmøter, mobilisering av brukermiljø og frivillighet kan være nyttige tiltak i så måte.

Juridiske rammebetingelser

- Det anbefales å utrede behovet for en «Forskrift om særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern». En slik forskrift ville som en «Lex specialis» kunne gå foran mer generelle forskrifter og kunne spesielt bidra til at arbeidsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste reguleres.
- Det anbefales utredet konkrete avklaringer der lovverk står i motsetningsforhold til hverandre og/eller gir grunnlag for ulike tolkninger. Dette for å sikre gode utskrivelsesprosesser og kommunal ivaretagelse av utskrivningsklare sikkerhetspsykiatriske pasienter. Det vil også kunne bedre pasientenes rettsikkerhet og samfunnsvernhensynet.
- Det anbefales å utrede muligheten for at kommunene gis et lovpålagt ansvar/medansvar for å ivareta samfunnsvernet for pasienter med voldsrisiko som ikke er i behov av- eller nyttiggjør seg døgnplass i spesialisthelsetjenesten.

Økonomiske rammebetingelser

- Det anbefales å utrede generelt bedre finansieringsordninger for å sikre individuell ivaretagelse av de mest ressurskrevende pasienter på sikkerhetsavdelinger i overgangen mellom alle tre tjenestenivåene. Slike ordninger må sikre etablering av tilstrekkelige og differensierte tjenestetilbud, uavhengig av geografi og størrelse på kommuner, sykehusavdelinger og DPS.
- Det anbefales å utrede en egen statlig finansieringsordning tilsvarende ordning for dom til tvungent omsorg/dom til forvaring. Dette spesielt med tanke på sikkerhetspsykiatriske utskrivningsklare pasienter med særlig lavt funksjonsnivå og fremtidig risiko for alvorlig vold. Disse ordningene må understøtte et helhetlig bolig-, helse-, og omsorgstilbud og fremme samtidighet i tjenesten.
- Det er to undergrupper av sikkerhetspsykiatriske pasienter som antas å være særlig ressurskrevende:
 - Pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern og samtidig utvisningsvedtak.

- Pasienter vurdert ferdigbehandlet i sikkerhetspsykiatrien, men ikke vurdert som utskrivningsklar.

Det anbefales å få en oversikt over antall, ressursbehov, og evt. juridiske hinder som vanskeliggjør utskrivning fra sykehus og kommunal ivaretagelse.

Prosjektets organisering

Oppdragsgiver /Prosjekteier

Martin Sjøly

Seniorrådgiver ved/Helsedirektoratet

Styringsgruppe

Liv Sjøvold/Randolf Vågen (styringsgruppeleder)

Martin Sjøly

Knut Rypdal

Dagfinn Bjørgen

Carl Fredrik Haaland

Bjørn Kristian Soknes

Anne Jensen

Asbjørn Strømme

Divisjonssjef PH, St. Olavs Hospital

Seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Forskningsleder KPS Bergen

Leder KBT, brukerrepresentant

Forskningsleder KPS Oslo

Førstestatsadvokat, Trøndelag

Spesialrådgiver Avdeling Helse og Velferd KS

Enhetsleder i Trondheim kommune

Prosjektgruppe

Antje D. Gross-Benberg (prosjektleder)

Hilde Jorunn Kvamme (prosjektleder)

Henriette Madsen Eriksen

Arild Carlsen/Erlend Thorup

Bodil Stenkløv

Eirik Roos

Møyfrid Kjølisdal

Gretha Evensen

Lise Marøy-Amundal

Randi Rosenqvist

Ragnar Urheim

Tom Gunnar Vik

Karen Aukrust

Maria Sigurjónsdóttir

Seksjonssjef, avd. Brøset

Psykologspesialist, RSA Brøset

Psykologspesialist, Lovisenberg DPS

Rådgiver PH, St. Olavs Hospital

Prosjektkoordinator, KPS Brøset

Rådgiver, PhD, kommunedirektørens fagstab

Trondheim kommune

Faglig rådgiver, NAPHA

Faglig rådgiver, NAPHA

Psykolog, RSA Brøset

Spesialist i psykiatri, KPS Oslo

Psykologspesialist, RSA Sandviken

Spesialist i psykiatri, Sykehuset Telemark

Spesialist i psykiatri, RSA Brøset

Spesialist i psykiatri, RSA Sandviken

Faglig samarbeid og bidrag

Ismail Cuneyt Guzey

Øyvind Holst

Erik Søndena

Rolf Gjerstad

Camilla Buch Gudde

Hilde Dahl

Stål Bjørkly

Guro Øydgard

Tom Palmstierna

Førsteamanuensis, AFFU/St. Olavs Hospital

Rådgiver/jurist, KPS Oslo

Førsteamanuensis, NTNU/KPS Brøset

Forsker, KPS Bergen

Forsker, KPS Brøset

Forsker PhD, KPS Brøset

Professor, KPS Oslo

Førsteamanuensis, Nord Universitet

Professor, KPS Brøset

Referanser

Blom, K., Bratholm, A. & Hjort, J. (1980): Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus. Oslo.

Bjørgeren D., Storvold A., Norvoll R., Husum TL. (2014): Alternativer til tvang – Ressurshäfte.

Borg M., Sjøfjell TL, Ogundipe E, Bjørlykhaug KI (2017): Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011): Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>

Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen forvaring (2004): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-03-05-481>

Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg (2002): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1523>

Gittel J.H. (2018): Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout: Achieving the Quadruple Aim. January 2018 · JONA The Journal of Nursing Administration 48(3):1

Grunnloven: Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn#KAPITTEL_6

Haaland, C. F. (2016): Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015. En statusundersøkelse. Kompetansesenterets Prosjektrapport. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Helsedirektoratet (2008): Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak. IS-1554. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014): Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. IS-2076. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2017): Nasjonal veileder. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov> [lesedato: 01.10.20]

Helsedirektoratet (2018): Nasjonale faglige råd. Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse> [lesedato: 01.10.20]

Helsetilsynet (2007): Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport 8/2007. Oslo: Helsetilsynet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2020): *Evaluering av FACT-team i Norge. Sluttrapport.*

Husby, R., Østberg B., Hartvig P. (2003): Får psykiatriske pasienter behandling på riktig omsorgsnivå? I: Tidsskrift for den norske legeförening nr. 9 s.1178-80

Isdal, P. (2000): Meningen med volden. Oslo: Kommuneforlaget.

Kilden, S. (2020): Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport. Kompetansesenterets Prosjektrapport. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Kjelsberg, E. og Hartvig, P. (2005): Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005. En statusrapport. Kompetansesenterets Prosjektrapport. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Kjelsberg, E. og Sandli, C. (2009): Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008. Oslo: SIFER kompetansenettverk. Kompetansesenterets Prosjektrapport. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst.

KS FOU (2016): Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og helsearbeid. Sluttrapport. Deloitte og Høgskolen i Sørøst-Norge.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven): Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven): Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk helsevernloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven)

Lov om kommuner og fylkeskommuner (Kommuneloven): Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1992-09-25-107>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven): Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lov om spesialisthelsetjenester (spesialisthelsetjenesteloven): Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25/*#KAPITTEL 2-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25/*#KAPITTEL_2-1)

Lov om gjennomføring av straff mv. (Straffegjennomføringsloven): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21>

Lov om straff (Straffeloven): Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven>

Ly A, Latimer E (2015): Housing First impact on costs and associated cost offsets: A review of the literature. The Canadian Journal of Psychiatry. 2015;60(11):475-87.

Mestre hele livet (2017): Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.

NAPHA, KBT Midt-Norge (2017): Rettighetsinngripende tiltak i kommunale botilbud – en nasjonal kartlegging (RIT-rapporten) Rapport nr. 1/2017.

Pettersen K.S., Rudningen G. (2014): Samspill eller svartespill? AFI-rapport 10/2014, KS FoU og AFI.

Robak O.H., Høye K., & Kjerschow A. (1980): Innstilling vedrørende omsorgen for særlig farlige og vanskelige sinnslidende. Avgitt til Sosialdepartementet 27. mars 1980. Oslo: Sosialdepartementet.

- Ruud T.** (2014): Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? Evaluering av ACT-team. Sluttrapport. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
- Sigurjónsdóttir, M** (2009a): Opptrappingsplanen for psykisk helse – idealer og realiteter. Kronikk i: Tidsskrift for den norske legeforening. Nr. 8 s. 764-6
- Sigurjónsdóttir, M** (2009b): Sikkerhetspsykiatrien trenger flere sengeplasser. Kronikk i: Tidsskrift for den norske legeforening. Nr. 8 s. 767-8
- Ose S.O, Kaspersen S.L, Ådnanes, Lassemo E, Kalseth J** (2018): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Rapport Sintef.
- Ose S.O, Kaspersen S.L, Hilland G.H, Kalseth J, Ådnanes M.** (2019): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Rapport Sintef.
- Sood L, Owen A, Onyon R, Sharma A, Nigriello J, Markham D, et al.** (2017): Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis teams: an evaluation. BJPsych bulletin. 2017; 41 (4):192-6.
- Soggiu A.S., Biong S.** (2014): Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo. Forskningsrapport nr.10/2014. Oslo: Senter for psykisk helse og rus.
- St. Meld. 07 (2019)** Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- St. Meld. 26** (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. meld. 47** (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 15 S** (2015–2016): Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 63** (1997–1998): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Steinsbekk A., Westerlund H., Bjørgen D. og Rise M.B.** (2013): Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? I: Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol.50, Nr. 1, s. 2-5.
- van Veldhuizen, R.** (2013): FACT – flexible assertive community treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusbruk og psykisk lidelse. Sykehuset Innlandet HF: Flisa trykkeri.

Vedlegg

Vedlegg 1. Oppdragsdokument fra Helsedirektoratet

Mottakers navn vil bli flettet inn ved ekspedering.
Evt. kontaktpersons navn vil også bli flettet inn her.
Postboks 404
2303 HAMAR

Deres ref.:
Vår ref.: 15/791-9
Saksbehandler: Martin Sjøly
Dato: 29.09.2016

Oppfølgingsoppdrag til Kompetansesenteret for sikkerhets -, fengsels og rettspsykiatri i Oslo, Oslo Universitetssykehus.

Utredning av utskrivningsklare pasienter innen lokale sikkerhetspsykiatriske avdelinger « Niva 2», til kommunen.

Helsedirektoratet mottok rapporten våren 2016 «Sikkerhetspsykiatrien i Norge 2015 – en statusundersøkelse». Med bakgrunn i rapporten ønsker Helsedirektoratet å gi Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo i oppdrag å koordinere en oppfølgingskartlegging av de utskrivningsklare pasientene innen sikkerhetspsykiatriske avdelinger for alle helseregionene.

Primært gjelder dette kartlegging av pasienter i helseforetak/sykehus på lokalt sikkerhetspsykiatrisk nivå. Det vanligste forløpet inn og ut av regionale sikkerhetspsykiatriske avdelinger er via lokalt helseforetak, og at pasienter overføres fra regionalt til lokalt sikkerhetspsykiatrisk nivå (også kalt «nivå 2») når tilstanden tillater dette. Om det forekommer utskrivninger fra regionale sikkerhetsavdelinger direkte til kommunen, ønskes også disse pasientene inn i kartleggingen.

Helsedirektoratet ber om forslag til utforming av en kartlegging av de enkelte utskrivningsklare pasientene primært fra lokale sikkerhetsavdelinger til kommunen. Det blir viktig med et brukerperspektiv, sikkerhetsperspektiv og et kommuneperspektiv i kartleggingen, samt se på eventuell geografiske variasjoner.

Helsedirektoratet ønsker en kartlegging av antall pasienter, hvor lenge de har vært vurdert som klare for utskrivning, samt årsakene til at pasientene venter, både sett fra sikkerhetsavdelingens side og fra kommunens side. Kartlegging av samarbeidsprosesser rundt aktuelle pasienter, fra sikkerhetsavdeling, akuttpsykiatri, DPS til kommunen. Behovene i kommunen bør beskrives (bl.a. type bolig, bemanning, oppfølging fra kommune- og spesialisthelsetjenesten). Videre ønskes også at oppdraget inneholder konkrete anbefalinger for tiltak som kan gjennomføres for å øke mulighetene for kommunal ivaretagelse.

Helsedirektoratet har satt av 300.000 kr i midler for gjennomføring av en slik kartlegging. Kartleggingen og midlene må i hovedsak brukes i innværende år. Prosjektbeskrivelse med løsning og gjennomføring av kartleggingen må være Helsedirektoratet i hende innen 15.10.16.

Kartleggingsrapporten må være levert Helsedirektoratet innen mai 2017.

Helsedirektoratet

Avdeling psykisk helsevern og rus

Martin Sjøly, tlf.: 24163195

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Ta kontakt for ytterligere avklaringer.

Vennlig hilsen

Gitte Huus e.f.
avdelingsdirektør

Martin Sjøly
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg 2. Følgeskriv og spørreskjema

Trondheim 05.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 1 Sikkerhetsavdelinger

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

Godkjenninger:

Prosjektet har **REK nr 2018/2431/REK**.

DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.

Du mottar dette spørreskjemaet fordi det er behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til lavere behandlingsnivå.

Definisjoner:

En sikkerhetspsykiatrisk pasient defineres i dette prosjektet som en pasient som er/har vært innlagt på regional eller lokal sikkerhetsavdeling. Dette ekskluderer observander innlagt etter §167.

Begrepet utskrivningsklar pasient defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå.

Kartleggingsdato:

På bakgrunn av hvor mange utskrivningsklare pasienter avdelingen oppgir å ha per **kartleggingsdato 31.12.2019** vil avdelingen senere få tilsendt et nytt spørreskjema som faglig ansvarlig/behandler skal fylle ut på den enkelte utskrivningsklare pasient.

Trondheim 05.05.2020

Formålet med undersøkelsen er:

- Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.
- Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.
- Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingsskapasiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødige lenge på sikkerhetsavdeling.

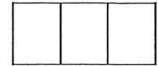
Det bes om at leder besvarer spørreskjemaet i samarbeid med personer i organisasjonen som har mest kjennskap til de ulike ansvarsområdene (behandler-, økonomi-, fag- og personalansvar).

Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no innen ~~xxxx~~ til bodil.stenklov@stolav.no, som tidligere avtalt med Hilde Jorunn Kvamme.

Dersom det er spørsmål vedrørende besvarelsen eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Lise Marøy-Amundal:	92205870	lise.maroy-amundal@stolav.no
Bodil Stenklov:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.



Til regionale og lokale sikkerhetsavdelinger

1. Utfyllers stilling:

2. Utfyllers avdeling/enhet/seksjon (hele navnet)

3. Hvor mange pasienter befinner seg på sikkerhetsavdeling som er vurdert utskrivningsklar ved kartleggingsdato?

Dato: . . Antall:

4. Hvordan registreres utskrivningsklare pasienter?

 Journalsystem innen helsevesen (for eks. DIPS, EPJ) PAS (pasientadministrativt system) Ingen registrering Annet5. Hvor mange pasienter ble utskrevet fra avdelingen i 2019?

6. Hvor mange av disse ble utskrevet til:

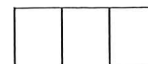
Psykiatrisk sengepost	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kommunal bemannet omsorgsbolig	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Egen kommunal bolig	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Egen privat bolig	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjem til pårørende	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fengsel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Barnevernsinstitusjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asylmottak	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annen institusjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annet	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Vi ber om kontaktinformasjon til de stedene som har mottatt utskrevne pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling hos dere i 2019. Navn på avdeling, kommune, institusjon

forts neste side

12624





8. Vi ber om kontaktinformasjon til de stedene som har fått henvendelse fra dere, men som ikke har tatt imot pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling hos dere i 2019.
Avdeling, kommune, institusjon

9. Har dere hatt problemer med å få utskrevet pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling siste 5 år?

Nei

Ja Hvis Ja, hva anser dere som hovedproblem? Beskriv

10. I hvilken grad vektlegges følgende for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til kommune?

a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

b) Evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

c) Respons på behandling generelt (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad



10. forts

--	--	--

- d) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- e) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- j) Individuell plan (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- k) Samhandling med kommune (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- m) Gjennomført forvern
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- n) Mulighet til ettervern
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- o) Annet, beskriv: _____

10.1 Nevn de 3 viktigste elementene fra spm 10 for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til kommune (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

a b c d e f g h i j k l m n o

11 I hvilken grad vektlegges følgende for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til lavere omsorgsnivå i psykisk helsevern?

- a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- b) Evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- c) Respons på behandling generelt (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- d) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad



11. forts

--	--	--

- e) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- j) Individuell plan (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- k) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- l) Gjennomført forvern
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- m) Annet, beskriv: _____

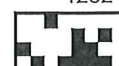
11.1 Nevn de 3 viktigste elementene fra spm 11 for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til lavere omsorgsnivå i psykisk helsevern (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

a b c d e f g h i j k l m

12 Vurder hvor ofte følgende faktorer forsinker utskrivelsen av pasienter som vurderes utskrivningsklar?

- a) Stigmatisering/holdninger i samfunnet overfor pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- b) Tidligere voldsadferd (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- c) Tidligere drap (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- d) Negativ forkunnskap til pasienten hos mottaker (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- e) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- f) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- g) Pasienten har ingen rettigheter i Norge (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte

12624





- h) Protest fra påtalemyndighet/kontrollkomisjon/domstol (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- i) Manglende formalisert avtale mellom tjenestenivåene om ansvar og tiltak rundt pasienten
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- j) Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd(bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- k) Uhensiktsmessig sammensetning av pasient-/beboergruppen hos mottaker (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- l) Mangel på sengeplass i psykisk helsevern/botilbud i kommunen (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- m) Begrenset økonomi hos mottaker med tanke på omfang av tjenester og kostnader
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- n) Utilstrekkelig statisk sikkerhet(for eks. kameraer/låsbare dører) (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte

Samhandling

- o) Protest fra påtalemyndighet/kontrollkomisjon/domstol (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- p) Ingen avtale om reinnleggelse ved behov (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- q) Manglende avtale om ettervern (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- r) Uenighet mellom sikkerhetspsykiatrien og mottaker om hvorvidt pasienten på sikkerhetspsykiatriske avdeling er utskrivningsklar (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- s) Uenighet rundt risikovurderingen av pasienten på sikkerhetspsykiatriske avdeling
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- t) utfordringer med å videreføre behandling (medisinering, ruskontroll, aktivisering, struktur)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- u) Manglende hjemler i kommunalt lovverk til å ivareta pasienten (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- v) Annet, beskriv: _____

12.1 Nevn de 3 viktigste faktorene fra spm 12 for at en pasient på sikkerhetspsykiatriske avdeling vurderes som utskrivningsklar til kommune (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

- a b c d e f g h i j k l
 m n o p q r s t u v



13. Hender det at dere likevel skriver ut pasienter selv om vesentlige kriterier for en utskrivelse mangler?

--	--	--

Nei

Ja Hvis Ja, hva anser dere som hovedproblem? Beskriv

14 I hvilken grad tror dere følgende kriterier vektlegges av kommunen dersom de skal motta en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

b) Evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

c) Respons på behandling generelt (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

d) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

e) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

j) Individuell plan (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

k) Samarbeidsmøte med kommune (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

m) Tilstrekkelig økonomi med tanke på omfang og kostnader av tjenester

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

n) Egnert bopel (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad



14. forts.

--	--	--

- o) Tilstrekkelig ressurser for å håndtere risikoatferd (bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- p) Tilstrekkelig statisk sikkerhet (for eks. kameraer, låsbare dører og lignende) (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- q) Gjennomført forvern (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- r) Mulighet for ettervern (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- s) Annet(beskriv):

14.1 Nevn de 3 viktigste elementene fra spm 14. I hvilken grad tror dere følgende kriterier vektlegges av kommunen dersom de skal motta en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling? (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

- a b c d e f g h i j k l
 m n o p q r s

I hvilken grad tror dere følgende kriterier vektlegges av lavere omsorgsnivå i psykisk helsevern dersom de skal motta en sikkerhetspsykiatrisk pasient?

15

- a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- b) Evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- c) Respons på behandling generelt (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- d) Komorbiditet personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- e) Komorbiditet utviklingsforstyrrelse (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad





- j) Individuell plan (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- k) Samarbeidsmøte med kommune (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- m) Tilstrekkelig økonomi med tanke på omfang og kostnader av tjenester
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- n) Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd (bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- o) Tilstrekkelig statisk sikkerhet (for eks. kameraer, låsbare dører og lignende) (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- p) Gjennomført forvern (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- q) Annet, beskriv:

15.1 Nevn de 3 viktigste elementene fra spm 15.

I hvilken grad tror dere følgende kriterier vektlegges av lavere omsorgsnivå i psykisk helsevern dersom de skal motta en sikkerhetspsykiatrisk pasient? (angi bokstav for kriterier ovenfor)

- a b c d e f g h i j k l
- m n o p q

16 Hva er viktig for å bedre utskrivelsesprosessen for en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

- a) Gjensidig forståelse mellom de ulike behandlings- og omsorgsnivå om pasientgruppen og juridiske bestemmelser (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- b) Forpliktende samarbeidsavtaler mellom sikkerhetspsykiatri og mottaker om samarbeid og oppfølging av pasienter (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- c) Mulighet for permanente boliger organisert innen spesialisthelsetjenesten med gjeldende lovverk som muliggjør grensesettende tiltak for å ivareta samfunnsvernet i kommunen
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- d) Bedre finansieringsordninger for bemannede boliger (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- e) Flere sengeplasser i lukkede sengeposter (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig



- f) Flere arbeidsplasser/vernet sysselsetting for en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- g) Egen finansieringsordning som følger pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern helt ut til kommunene (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig

h) Annet, beskriv:

16.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 16 for at en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling vurderes som utskrivningsklar til kommune (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

- a b c d e f g h

17 Har dere etablerte samarbeidsprosedyrer med mottakende enhet om overføring av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

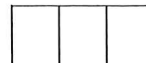
- Nei
 Ja Hvis ja, beskriv: Hvilke samarbeidsrutiner/samarbeidsavtaler/prosedyrer?

I hvilken grad benyttes disse prosedyrene?

- Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte

Hvis nei, beskriv; Hvordan det vanligvis opprettes kontakt med mottaker når en pasient skal skrives ut, og hvilket samarbeid som vanligvis etableres.

18 Tenk på en vellykket utskrivelsesprosess og mottakelse av en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Belys hvilke faktorer som ligger til grunn for dette.



19 Tenk på en ikke vellykket utskrivelsesprosess og mottakelse av en pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Belys hvilke faktorer som ligger til grunn for dette.

20 Vurder om kommunene er i stand til å ivareta pasienter fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger, innenfor rammene av helse og omsorgstjenestelov en?



05.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 2 (leder) **Sikkerhetsavdelinger**

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

Godkjenninger:

Prosjektet har **REK nr 2018/2431/REK**.

DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.

Formålet med undersøkelsen er:

- Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.
- Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.
- Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingsskapiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødige lenge på sikkerhetsavdeling.

Du har som leder i samarbeid med personer i organisasjonen som har mest kjennskap til de ulike ansvarsområdene (behandler-, økonomi-, fag- og personalansvar) i Spørreskjema 1 oppgitt at avdelingen per 31.12.19 har **x utskrivningsklare pasienter.**

05.05.2020

1. *Du får derfor tilsendt **x spørreskjema** som skal besvares av den faglig ansvarlige/behandler for hver enkelt aktuelle pasient som var utskrivningsklar per 31.12.2019*
2. *Hvert spørreskjema har fått en kode hvor de tre første bokstavene identifiserer avdelingen og det siste tallet identifiserer den aktuelle utskrivningsklare pasienten (for eks. BRØ1, BRØ2, BRØ3).*
3. *Vi ber om at du som leder fyller ut vedlagte kodenøkkel før du leverer spørreskjemaet/skjemaene til faglig ansvarlig/behandler til utfylling. Det skal ikke skrives pasientnavn/personnummer på spørreskjemaet.*
4. *Leder skal lagre kodenøkkelen på sikker måte på avdelingen.*

Årsaken til bruk av kodenøkkel og lagring på avdeling er et ønske om følgeforskning i forhold til pasienterfaringer/brukermedvirkning fra vår oppdragsgiver (Helsedirektoratet).

*Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no senest **xxxx***

Dersom det er spørsmål vedrørende utfylling eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Antje Gross-Benberg:	98408238	antje.daniela.gross-benberg@stolav.no
Bodil Stenklov:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.

05.05.2020

KODENØKKE
Til spørreskjema
Utskrivningsklare pasienter
(Kodenøkkel oppbevares på sikker måte hos leder ved avdelingen)

<i>Pasientkode</i>	<i>Pasientnavn og personnummer</i>	<i>Faglig ansvarlige/behandler</i>
VVBL-1		

06.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 2 (faglig ansvarlig/behandler) Sikkerhetsavdelinger

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

Godkjenninger:

Prosjektet har ***REK nr 2018/2431/REK***.

DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Det er et stort behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til lavere behandlingsnivå. Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.

Definisjoner:

En sikkerhetspsykiatrisk pasient defineres i dette prosjektet som en pasient som er/har vært innlagt på regional eller lokal sikkerhetsavdeling. Dette ekskluderer observander innlagt etter §167.

Begrepet utskrivningsklar pasient defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå.

Din leder har tidligere mottatt et spørreskjema for å kartlegge antall utskrivningsklare pasienter per 31.12.2019. Du mottar dette spørreskjemaet fordi du er/var faglig ansvarlig/behandler for en aktuell utskrivningsklar pasient per 31.12.2019 ved din avdeling.

06.05.2020

Formålet med undersøkelsen er:

- Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.
- Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.
- Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingsskapiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødige lenge på sikkerhetsavdeling.

Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no senest **xxxx**

Dersom det er spørsmål vedrørende utfylling eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Antje Gross-Benberg:	98408238	antje.daniela.gross-benberg@stolav.no
Bodil Stenklov:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.

Til regionale og lokale sikkerhetsavdelinger

1. Utfyllers stilling:

2. Utfyllers avdeling/enhet/seksjon (hele navnet)

3. Angi hvor lenge pasienten har vært innlagt etter at han ble vurdert som utskrivningsklar?

Antall dager:

4. Formalia etter psykisk helsevernlov pr i dag:

 § 3 i PHL § 5 i PHL § 2 i PHL

5. Planlegges pasienten utskrevet med samme formalia i psykisk helsevernloven som pasienten har pr i dag?

 Ja Nei

Hvis nei, hvilke formalia skal pasienten videreføres med? _____

6. Anslått antall innleggelser i psykisk helsevern totalt (alle innleggelser alle år):

 1 2 - 5 Over 5

7. Diagnosekategorier pasienten fyller pr i dag

<input type="checkbox"/> Psykoselidelse	<input type="checkbox"/> Affektiv lidelse
<input type="checkbox"/> Psykisk utviklingshemming	<input type="checkbox"/> Traumelidelse
<input type="checkbox"/> Rus	<input type="checkbox"/> Organiske psykiske lidelser
<input type="checkbox"/> Utviklingsforstyrrelser	<input type="checkbox"/> Ikke ferdig utredet
<input type="checkbox"/> Personlighetsforstyrrelse	<input type="checkbox"/> Annet _____
<input type="checkbox"/> Alvorlig somatisk lidelse	

8. Pasientens oppholdssted før siste innleggelse:

<input type="checkbox"/> Psykiatrisk sengepost	<input type="checkbox"/> Barnevernsinstitusjon
<input type="checkbox"/> Kommunal bemannet omsorgsbolig	<input type="checkbox"/> Rusinstitusjon
<input type="checkbox"/> Kommunal ubemannet bolig	<input type="checkbox"/> Asylmottak
<input type="checkbox"/> Egen privat bolig	<input type="checkbox"/> Uten fast bosted
<input type="checkbox"/> Fengsel	<input type="checkbox"/> Annet _____

9. Hva er pasientens inntektskilde pr i dag?

--	--	--

- Lønnet arbeid Uføretrygd Andre økonomiske ytelser Vet ikke

10. Vold i forkant av siste innleggelse

- Ingen voldsutøvelse Annen fysisk vold
 Trusler Ildspåsettelse/brann
 Drap Annen materiell vold
 Seksualisert vold Annet

11. Har volden skjedd under ruspåvirkning?

- Ja Nei Vet ikke

12. Hadde pasienten tatt foreskrevne medisiner for psykiske lidelser når volden skjedde?

- Ja Nei Vet ikke Mottok ikke medikamentell behandling

13. Voldshistorikk siste 6 måneder

- Ingen voldsutøvelse Annen fysisk vold
 Trusler Ildspåsettelse/brann
 Drap Annen materiell vold
 Seksualisert vold Annet

14. Er det gjort en oppdatert voldsrisikovurdering i forbindelse med utskriving av pasienten?

- Ja Nei

15. Hva er status i utskrivelsesprosessen for pasienten?

- Det er avtalt tidspunkt for utskrivelse
 Etablert samarbeid med mottaker
 Kontakt med mottaker, men mottaker har ikke vedkjent seg ansvaret for pasienten
 Pasienten har ingen sosiale rettigheter i Norge/ingen kommunetilhørighet
 Annet

16. Har dere hatt et samarbeid med påtalemyndighetene angående utskrivelse av pasienten?



17. I forbindelse med utskrivelsen, hvem er planlagt som mottaker for pasienten?

--	--	--

- Annen regional sikkerhetsavdeling
- Lokal sikkerhetsavdeling
- Forsterket psykiatrisk avdeling/akuttavdeling/lukket eller åpen avdeling på sykehusnivå
- DPS døgn
- DPS poliklinikk
- Kommunal bemannet omsorgsbolig
- Kommunal ubemannet bolig
- Egen privat bolig
- Hjem til pårørende
- Fengsel
- Barnevernsinstitusjon
- Rusinstitusjon
- Asylmottak
- Kommune; men pasienten har ingen rettigheter i Norge
- Uavklart

Hvis uavklart, beskriv hvorfor:

19. Hvis utskrivning er planlagt direkte til kommune/bydel; skrives pasienten ut til en annen kommune/bydel enn ved innleggelse?

- Ja, beskriv hvorfor

- Nei
- Uavklart



20. Vurder, hvilket behandlings-/omsorgsnivå pasienten har behov for ved utskrivning:

--	--	--

- Behov for innleggelse ved Regional sikkerhetsavdeling, annen region
- Behov for innleggelse ved Lokal sikkerhetsavdeling samme region
- Behov for innleggelse ved Lokal sikkerhetsavdeling annen region
- Behov for innleggelse ved forsterket psykiatrisk avdeling/akuttavdeling/lukket eller åpen avdeling på sykehusnivå samme region
- Behov for innleggelse ved forsterket psykiatrisk avdeling/akuttavdeling/lukket eller åpen avdeling avdeling på sykehusnivå annen region
- Pasienten er i behov av poliklinisk/ambulant oppfølging ved spesialisthelsetjeneste uten kommunale tjenester
- Pasienten er i behov av poliklinisk/ambulant oppfølging ved spesialisthelsetjenesten med kommunale tjenester
- Ikke i behov av videre spesialisthelsetjenester
- Ikke i behov av videre kommunale tjenester
- Annet (beskriv)

21. Er pasienten informert om at han/hun er vurdert som utskrivningsklar?

- Ja Nei

22. Dersom pasienten er informert, er pasienten enig i at han/hun er utskrivningsklar?

- Ja Nei Vet ikke

23. Er det opprettet kontakt med nærmeste pårørende angående pasientens status som utskrivningsklar?

- Ja
- Nei
- Pasienten ønsker ikke at pårørende kontaktes
- Pasienten har ingen pårørende

24. Belys hvilke faktorer som ligger til grunn for at denne pasienten ikke er utskrevet til et lavere behandlingsnivå



06.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 3

Mottakende kommune

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

Godkjenninger:

Prosjektet har **REK nr 2018/2431/REK**.

DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.

Du har fått tilsendt dette spørreskjemaet fordi din kommune har mottatt henvendelse om å ta imot 1 eller flere pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Det er behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til lavere behandlingsnivå og kommune.

Definisjoner:

En sikkerhetspsykiatrisk pasient defineres i dette prosjektet som en pasient som er/har vært innlagt på regional eller lokal sikkerhetsavdeling. Dette ekskluderer observander innlagt etter §167.

Begrepet utskrivningsklar pasient defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå.

06.05.2020

Formålet med undersøkelsen er:

- Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.
- Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.
- Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingsskapiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødige lenge på sikkerhetsavdeling

Det bes om at leder besvarer dette spørreskjemaet i samarbeid med personer i organisasjonen som har mest kjennskap til de ulike ansvarsområdene (behandler-, økonomi-, fag- og personalansvar).

Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no senest ~~xxxx~~

Dersom det er spørsmål vedrørende utfylling eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Antje Gross-Benberg:	98408238	antje.daniela.gross-benberg@stolav.no
Bodil Stenklov:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.

6. Registreres henvendelser fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling i eget system eller med egen koding?

--	--	--

Ja Hvis ja, på hvilken måte?

Nei

7. I hvilken grad vektlegges følgende kriterier ved mottak av pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

b) Pasientens evner å samarbeide om behandling (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

c) Pasientens respons på behandling generelt (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

d) Komorbiditet (samtidige sykdommer) personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

e) Komorbiditet (samtidige sykdommer) autismspekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

j) Individuell plan (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

k) Avtale om systematisk samarbeid med utskrivende enhet (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

m) Tilstrekkelig økonomi med tanke på omfang og kostnader av tjenester (sett kryss under)

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

n) Egnet bopel

I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad

Draft





- o) Ressurser for å håndtere risikoatferd (bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- p) Avtale med pasient om innskrenket frihet (for eks. kameraer, låsbare dører og lignende)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- q) Annet (beskriv):

7.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 7 for mottak av sikkerhetspsykiatriske pasienter

- a b c d e f g h i j k l
 m n o p q

8. Hvor ofte forsinker følgende faktorer mottagelse av pasienter som er vurdert utskrivningsklar?

- a) Stigmatisering/holdninger i samfunnet overfor pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- b) Tidligere voldsadferd (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- c) Tidligere drap (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- d) Kjennskap til pasienten fra tidligere hos mottaker (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- e) Komorbiditet (samtidige sykdommer) personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- f) Komorbiditet (samtidige sykdommer) autismespekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- g) Pasienten har ingen rettigheter i Norge (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte

Ressurser

- h) Manglende formalisert avtale mellom tjenestenivåene om ansvar og tiltak rundt pasienten
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- i) Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd (personalressurs og kompetanse)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- j) Uhensiktsmessig sammensetning av pasient-/beboergruppen hos mottaker
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- k) Mangel på botilbud i kommunen (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- l) Begrenset økonomi hos mottaker med tanke på omfang av tjenester og kostnader
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte



Samhandling

--	--	--

- m) Manglende avtale med pasient om innskrenket frihet (for eks. kameraer, utgangsrestriksjoner, rus og lignende)
- Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- n) Protest fra påtalemyndighet/kontrollkommisjon/domstol (sett kryss under)
- Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- o) Ingen avtale om reinnleggelse ved behov (sett kryss under)
- Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- p) Manglende samarbeidsavtale med utskrivende enhet (sett kryss under)
- Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- q) Uenighet mellom sikkerhetspsykiatrien og mottaker om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar
- Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- r) Uenighet rundt risikovurderingen av pasienten (sett kryss under)
- Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- s) Utfordringer med å videreføre behandling (medisinering, ruskontroll, aktivisering, struktur)
- Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- t) Manglende hjemler i kommunalt lovverk til å ivareta pasienten (sett kryss under)
- Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- u) Annet (beskriv)
-
-
-

8.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 8 for mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

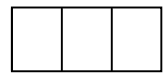
- a b c d e f g h i j k l
- m n o p q r s t u

9 Hva er viktig for å bedre utskrivelsesprosessen av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

- a) Gjensidig forståelse mellom de ulike behandlings- og omsorgsnivå om pasientgruppen og juridiske bestemmelser (sett kryss under)
- Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- b) Forpliktende samarbeidsavtaler mellom sikkerhetspsykiatri og mottaker om samarbeid og oppfølging av pasienter (sett kryss under)
- Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- c) Mulighet for permanente boliger organisert innen spesialisthelsetjenesten med gjeldende lovverk
- Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- d) Lovverk som muliggjør grensesettende tiltak for å ivareta samfunnsvernet i kommunen
- Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig

Draft





- e) Bedre finansieringsordninger for bemannede boliger (sett kryss under)
- Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- f) Flere sengeplasser i lukkede sengeposter (sett kryss under)
- Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- g) Flere arbeidsplasser tilpasset målgruppen (sett kryss under)
- Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- h) Egen finansieringsordning som følger pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern helt ut til kommunene (sett kryss under)
- Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- i) Annet(beskriv):

9.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 9 for mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

- a b c d e f g h i

10 Har dere særskilte prosedyrer vedrørende samarbeid om mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

a) Hvis ja, beskriv; Hvilke samarbeidsrutiner/samarbeidsavtaler/prosedyrer?

I hvilken grad benyttes disse rutinene? Sjelden Av og til Ofte Alltid

b) Hvis nei, beskriv; hvordan dere vanligvis kontaktes når en pasient skal skrives ut, og hvilket samarbeid som vanligvis etableres:

11 Vurder om kommunene er i stand til å ivareta pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling ved direkte utskrivning fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling, innenfor rammene av helse og omsorgstjenesteloven?





12 Beskriv en vellykket overføringsprosess fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til din kommune. Hvilke faktorer var viktige?

13 Beskriv en ikke vellykket overføringsprosess fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til din kommune. Hva var årsaken til at prosessen ikke lyktes?



06.05.2020

Følgeskriv til Spørreskjema 4

Mottakende avdeling/enhet i psykisk helsevern

Med bakgrunn i statusundersøkelsen «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015» skal det nå gjennomføres et kartleggingsprosjekt av utskrivningsklare pasienter på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet.

Godkjenninger:

Prosjektet har **REK nr 2018/2431/REK**.

DPIA er godkjent av fungerende divisjonssjef Vegard Vestvik den 02.03.2020 på vegne av personvernombudet ved St. Olavs Hospital, etter gjeldende retningslinjer.

Prosjektet er definert av SIFER-nettverket som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Undersøkelsen er organisatorisk forankret ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset, kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Med utgangspunkt i undersøkelsen skal det utarbeides en rapport til helsedirektoratet med konkrete anbefalinger av tiltak for å bedre pasientforløpet i psykisk helsevern og utskrivning til kommunene for målgruppen.

Du har fått tilsendt dette spørreskjemaet fordi din avdeling/enhet har mottatt henvendelse om å ta imot 1 eller flere pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Det er behov for mer kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår når pasienter skal skrives ut fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til lavere behandlingsnivå og kommune.

Definisjoner:

En sikkerhetspsykiatrisk pasient defineres i dette prosjektet som en pasient som er/har vært innlagt på regional eller lokal sikkerhetsavdeling. Dette ekskluderer observander innlagt etter §167.

Begrepet utskrivningsklar pasient defineres i prosjektet som en pasient som er vurdert av den faglige ansvarlige ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling til å fylle kriteriene for utskrivning til lavere sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivå.

06.05.2020

Formålet med undersøkelsen er:

- Å kartlegge og beskrive utfordringer og eventuelle suksessfaktorer knyttet til utskrivning av sikkerhetspsykiatriske pasienter i Norge mellom de ulike sikkerhets-, behandlings-, og omsorgsnivåene fra regional sikkerhetsavdeling til kommunal oppfølging.
- Kartlegge ressursbehov i psykisk helsevern og kommune for at disse pasientene skal kunne ivaretas på lavere behandlings- og omsorgsnivå.
- Gi forslag til tiltak som bidrar til å bedre behandlingsskapiteten i sikkerhetsavdelingene, slik at plassene er tilgjengelig for nye pasienter, og at pasienter slipper å oppholde seg unødige lenge på sikkerhetsavdeling

Det bes om at leder besvarer dette spørreskjemaet i samarbeid med personer i organisasjonen som har mest kjennskap til de ulike ansvarsområdene (behandler-, økonomi-, fag- og personalansvar).

Det bes om at spørreskjemaet skannes inn og sendes på mail til bodil.stenklov@stolav.no senest ~~xxxx~~.

Dersom det er spørsmål vedrørende utfylling eller annet, vennligst ta kontakt med

Hilde Jorunn Kvamme:	91848183	hilde.jorunn.kvamme@stolav.no
Antje Gross-Benberg:	98408238	antje.daniela.gross-benberg@stolav.no
Bodil Stenklov:	93600773	bodil.stenklov@stolav.no

Takk for at du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet.

Til mottakende avdeling/enhet i psykisk helsevern

1. Mottakende instans, navn:

2. Utfyllers avdeling/seksjon (hele navnet)

3. Hvor mange pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling har dere mottatt i 2019?

Antall:

--	--

4. Har dere avslått henvendelser om å ta imot pasient(er) fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling i 2019?

Ja Hvis ja, hvorfor ble pasienten ikke tatt imot?

Nei

5. Hvem har beslutningsmyndighet til å avgjøre om en pasient skal mottas hos dere? (Flere kryss)

Overlege/psykologspesialist

Enhetsleder/ avdelingsleder

Inntaksteam

Annet

6. Blir det gjort en systematisk registrering av henvendelser fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling om utskrivelse av pasienter?

Ja Hvis ja, på hvilken måte?

Nei

7. I hvilken grad vektlegges følgende kriterier ved mottak av pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

--	--	--

- a) Grad av tidligere voldsatferd/utagering, inkludert trusler og drap (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- b) Pasientens evne til å samarbeide om behandling (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- c) Pasientens respons på behandling generelt (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- d) Komorbiditet (samtidige sykdommer) personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- e) Komorbiditet (samtidige sykdommer) autismspekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- f) Kontroll over rusmisbruk (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- g) Pasientens funksjonsnivå (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- h) Pasienten er på dom til tvungent psykisk helsevern (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- i) Oppdatert risikovurdering/risikohåndteringsplan (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- j) Individuell plan (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- k) Samarbeidsmøte med mottagende enhet (DPS/kommune) (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- l) Enighet om hvem som har videre ansvaret for det tvungne vernet (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- m) Tilstrekkelig økonomi med tanke på omfang og kostnader av tjenester (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- n) Egnert bopel
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- o) Ressurser for å håndtere risikoatferd (bemanning og fagutvikling) (sett kryss under)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- p) Tilstrekkelig statisk sikkerhet (for eks. kameraer, låsbare dører og lignende)
 I svært liten grad I liten grad I varierende grad I stor grad I svært stor grad
- q) Annet (beskriv): _____

7.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 7 for mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

- a b c d e f g h i j
 k l m n o p q

52732



8. Hvor ofte forsinker følgende faktorer mottagelse av pasienter som er vurdert utskrivningsklar?



- a) Stigmatisering/holdninger i samfunnet overfor pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- b) Tidligere voldsadferd (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- c) Tidligere drap (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- d) Negativ forkunnskap til pasienten hos mottaker (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- e) Komorbiditet (samtidige sykdommer) personlighetsforstyrrelse (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- f) Komorbiditet (samtidige sykdommer) autismspekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- g) Pasienten har ingen rettigheter i Norge (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte

Ressurser

- h) Manglende formalisert avtale mellom tjenestenivåene om ansvar og tiltak rundt pasienten
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- i) Manglende ressurser for å håndtere risikoatferd (personalressurs og kompetanse)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- j) U hensiktsmessig sammensetning av pasient-/beboergruppen hos mottaker
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- k) Mangel på sengeplass i psykisk helsevern (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- l) Begrenset økonomi hos mottaker med tanke på omfang av tjenester og kostnader
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- m) Utilstrekkelig statisk sikkerhet (eks. kameraer/låsbare dører) (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte

Samhandling

- n) Protest fra påtalemyndighet/kontrollkommisjon/domstol (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- o) Ingen avtale om reinnleggelse ved behov (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- p) Manglende samarbeidsavtale med utskrivende enhet (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- q) Uenighet mellom sikkerhetspsykiatrien og mottaker om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte





- r) Uenighet rundt risikovurderingen av pasienten (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- s) Utfordringer med å videreføre behandling (medisinering, ruskontroll, aktivisering, struktur)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- t) Manglende hjemler i kommunalt lovverk til å ivareta pasienten (sett kryss under)
 Svært sjeldent Sjeldent Av og til Ofte Svært ofte
- u) Annet (beskriv)
-

8.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 8 for mottak av pasient fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

- a b c d e f g h i j k l
 m n o p q r s t u

9. Hva er viktig for å bedre utskrivelsesprosessen for pasienter fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger?

- a) Gjensidig forståelse mellom de ulike behandlings- og omsorgsnivå om pasientgruppen og juridiske bestemmelser (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- b) Forpliktende samarbeidsavtaler mellom sikkerhetspsykiatri og mottaker om samarbeid og oppfølging av pasienter (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- c) Mulighet for permanente boliger organisert innen spesialisthelsetjenesten med gjeldende lovverk
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- d) Lovverk som muliggjør grensesettende tiltak for å ivareta samfunnsvernet i kommunen
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- e) Bedre finansieringsordninger for bemannede boliger (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- f) Flere sengeplasser i lukkede sengeposter (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- g) Flere arbeidsplasser tilpasset målgruppen (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- h) Egen finansieringsordning som følger pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern helt ut til kommunene (sett kryss under)
 Svært uviktig Uviktig Verken viktig/uviktig Viktig Svært viktig
- i) Annet(beskriv):
-

9.1 Nevn de 3 viktigste kriteriene fra spm 9 for mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling (angi bokstav for kriterier som ovenfor)

- a b c d e f g h i



10 Har dere særskilte prosedyrer vedrørende samarbeid om mottak av pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling?

--	--	--

a) Hvis ja, beskriv; Hvilke samarbeidsrutiner/samarbeidsavtaler/prosedyrer

I hvilken grad benyttes disse rutinene? Sjelden Av og til Ofte Alltid

b) Hvis nei, beskriv; hvordan dere vanligvis kontaktes når en pasient skal skrives ut, og hvilket samarbeid som vanligvis etableres:

11 Vurder om kommunene er i stand til å ivareta pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling ved direkte utskrivning fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling, innenfor rammene av helse og omsorgstjenesteloven??

12 Beskriv en vellykket overføringsprosess fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til din kommune. Hvilke faktorer var viktige?

13 Tenk på en ikke vellykket utskrivelsesprosess og mottakelse av en sikkerhetspsykiatrisk pasient. Belys hvilke faktorer som ligger til grunn for dette.



Vedlegg 3. Særuttalelse fra NAPHA og Trondheim kommune av 28.10.2020

Dissens til rapport «Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien –en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune».

Prosjektgruppens medlemmer fra NAPHA og Trondheim kommune støtter ikke følgende anbefaling under Juridiske rammebetingelser: «Det anbefales å utrede muligheten for at kommunene gis et lovpålagt ansvar/medansvar for å ivareta samfunnsvernet for pasienter med voldsrisiko som ikke er i behov av- eller nyttiggjør seg døgnplass i spesialisthelsetjenesten».

Begrunnelse:

Vår erfaring er at samhandlingspotensialet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om den aktuelle pasientgruppen ikke er fullt utnyttet, noe dataene i prosjektet også viser.

Tross tydelig lovverk, som Helse og omsorgstjenesteloven kapittel 6, om samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak m.v. om utskrivningsklare pasienter og retningslinjer for hvordan dette kan gjøres, er ikke samarbeidsrutiner på plass.

Videre tilbys ikke denne gruppa pasienter i tilstrekkelig grad brukerorienterte tjenestemodeller som blant annet Housing First, eller ambulante tjenester, sammensatt på tvers av tjenestenivå, som ACT og FACT-team. Dette på tross av at det i nasjonale evalueringer er påvist effekt av tjenestemodellene på en rekke områder, som i antall oppholdsdøgn på tvang, og at modellene er anbefalt i relevante nasjonale faglige retningslinjer.

En utredning viser at det er befolkningsgrunnlag for 35 ACT-team i landet, mens vi har 7 team i drift. Når det gjelder FACT Forensic (sikkerhets FACT), er denne type team bare i startgroppen her i landet.

Anbefalingen om å vurdere kommunalt ansvar/medansvar for samfunnsvernet prioriteres i rapporten likt med de anbefalingene som har til hensikt å få på plass allerede anbefalte eller lovpålagte samarbeidsstrukturer, rutiner og tjenestetilbud. Vi mener at tjenestene på begge nivå må iverksette og etterleve disse kravene, før endring av lovverk vurderes. Med en lik prioritering av anbefalingene frykter vi økt adgang til tvangsbruk, uten at vi har fått sett resultat av reell samhandling og virkningsfulle tjenestetilbud for denne gruppa.

Flere forhold taler i tillegg imot at kommunene skal få hjemmel til å bruke tvang overfor målgruppen:

1. Gruppen pasienter dette ville vært aktuelt for, er så liten at behovet for å benytte tvang vil være lavfrekvent i størstedelen av kommunene. Gjennomsnittlig innbyggertall i landets 356 kommuner er i underkant av 15 000 og mediankommunen er 5100. Kulturforskjeller og ulik tilgang til kompetanse vil føre til ulik terskel for bruk av tvang i kommunene, en variasjon som er en kjent årsaksfaktor for ulikhet i tvangsbruk mellom helseforetak og avdelinger innen spesialisthelsetjenesten. Det at en ikke har lyktes med innsatser for å redusere tvang i spesialisthelsetjenesten gir ikke gode vilkår for kommunene som verken har erfaring og tradisjon for tvangsbruk i behandling og oppfølging, eller robuste fagmiljø som kan bidra til god faglig kvalitet på denne behandlingen.
2. Tvangen vil måtte utøves i personens hjem, eller i tilknytning til hjemmet, noe som i seg selv er en etisk krevende øvelse. Utøvelse av tvang i hjemmet vil trolig oppleves som et større inngrep enn om det utøves i en institusjon.
3. På tross av at det er tenkt at adgang til bruk av tvang i utgangspunktet gjelder en liten gruppe mennesker, risikerer en at lovendringen kan føre til at tvang også blir brukt overfor tilstøtende grupper, hvor en kunne ha lyktes med alternativer til tvang. En lovendring kan

altså føre til rettighetsinngripende tiltak overfor en større gruppe enn opprinnelig tenkt. Geografiske variasjoner i bruk av tvang i det psykiske helsevernet i Norge er godt dokumentert.

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
12.9.2022

RBU-sak 74-2022

Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker
5. Forskning og innovasjon til pasientens beste – nasjonal rapport
6. Oppnevninger siden forrige RBU-møte
7. Brukerkonferansen 2022 - *mundlig*

Forslag til vedtak

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

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg

Møtedato:
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
12.09.2022

RBU-sak 74-2022/4**Styremøter i Helse Nord RHF -
informasjon om planlagte styresaker**

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **28. september 2022 i Teams:**

STYRESAK
Kvalitetsindikatorer til styring
Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - mandat, oppfølging av styresak 64-2022
<i>Internrevisjonsrapport 01/2022, Virksomhetsstyring i Helse Nord</i>
Nye Helgelandssykehuset
Oppfølging av internrevisjonsrapport 06/2019: Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser i Helse Nord - oppfølging av styresak 106-2020 og 56-2021
Kliniske fagrevisjoner i foretaksgruppen - oversikt 2020, oppfølging av styresak 61-2017 og sak 107-2020
RU2038 - høringsutkast
Virksomhetsrapport nr. 8
Styrets instruks, revisjon
IKT sikkerhet – innføring av tilgangsstyring (IAM2)

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 16. september 2022

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **26. oktober 2022 i Bodø:**

STYRESAK
Styringssystem for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 135-2021
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 11/20, behandling av personopplysninger i Helse Nord, oppfølging av sak 156-2021
Eiendom – delstrategi, oppfølging av styresak 68-2021 og 110-2021
Felleseide helseforetak pr. 2. tertial 2022 - statusrapport
Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2021, oppfølging av styresak 15-2016
Medisinske kvalitetsregistre, gjennomgang av resultater
Tertialrapport nr. 2-2022

Budsjett 2023 - rammer foretaksgruppen
Budsjett 2023 - rammer Helse Nord RHF
Digital strategi – Helse Nord RHF
Byggeprosjekter Universitetssykehuset Nord-Norge HF, tertialrapportering
Byggeprosjekter Finnmarkssykehuset HF, tertialrapportering
Byggeprosjekter Nordlandssykehuset HF, tertialrapportering
Helhetliginformasjonssikkerhet - tertialrapportering
Regional beredskapsplan – styrets rolle og ansvar
Nye sykehusbygg - erfaringer fra beredskapssituasjonen knyttet til koronapandemi, oppfølging av styresak 62-2020, sak A og sak C
FRESK (Fremtidens systemer i klinikken) - tertialrapportering
Felles regionale retningslinjer for varsling av kritikkverdige forhold i Helse Nord, oppfølging av styresak 76-2021
Delstrategi personell, utdanning og kompetanseutvikling – status mandat, oppfølging av sak 58-2021 orientering

- b) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 14. oktober 2022.
- c) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med administrerende direktør og derfor særdeles tentativ.

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Tove Klæboe Nilsen

Dato:
12.09.2022

RBU-sak 74-2022/5

Forskning og innovasjon til pasientens beste – nasjonal rapport

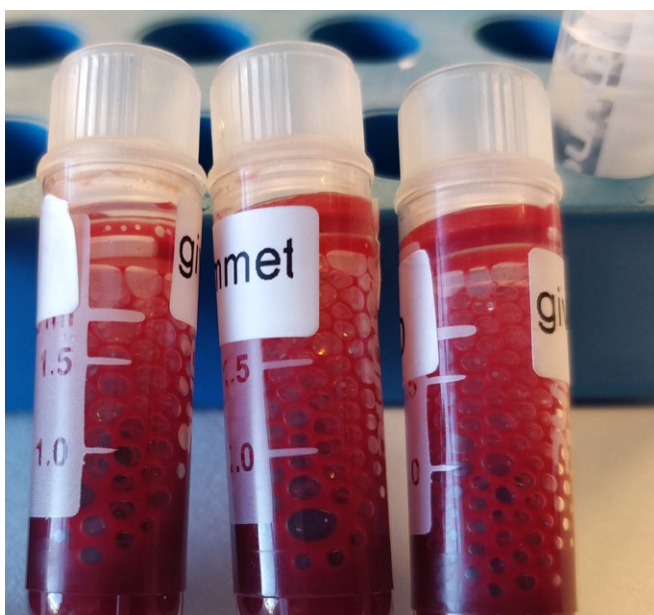
Formål

Formålet med saken er å orientere Regionalt brukerutvalg om den nasjonale rapporten Forskning og innovasjon til pasientens beste.

Vedlegg: Forskning og innovasjon til pasientens beste

Forskning og innovasjon til pasientens beste

Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2021



Innhold

Utvikler ultra-lydløsninger tilpasset barn og unge	 s. 8	Braker kunstig intelligens for å bedre kreftbehandlingen	 s. 4	Virtuelt hjemme-sykehus for premature og syke nyfødte barn	 s. 6
Skreddersyr brystkreft-behandling	 s. 14	Jakter på mer kunnskap om morkaken	 s. 10	Når luft blir kroppens verste fiende	 s. 12
Tromboser og blødning etter vaksinerings med Astra-Zeneca	 s. 20	Nye behandlingsstrategier for inflammatoriske sykdommer	 s. 16	Fallforebygging med teknologi	 s. 18
Jakter objektive mål på psykisk sykdom	 s. 26	Rusavhengiges vei til rusfrihet	 s. 22	Trening – ikke operasjon – for knesmerter	 s. 24
Forebygge helseulikhet i behandling av personer med Multipel sklerose (MS)	 s. 38	Skreddersydd statin-behandling redder liv	 s. 28	Simulerings-trening redder flere liv	 s. 30
Først i verden	 s. 32	Kreftstudie viste formidabel overlevelses-gevinst	 s. 34	Dramatiske funn om risiko for ny sykdom og dødelighet for testikkel-kreftoverlevende	 s. 36
Nasjonale nøkkeltall	 s. 40				

Forord

Forskere og innovatører i helseforetakene arbeider hver dag med å skape resultater til beste for pasienten. Helseforetakene er store kunnskapsorganisasjoner som frambringer ny forskning og kunnskap som brukes i pasientbehandlingen. De fire regionale helseforetakene presenterer, for niende gang, en rapport med gode prosjekter fra små og store sykehus over hele landet.

Vi har lagt vekt på å vise bredden og mangfoldet av pågående forsknings- og innovasjonsaktiviteter i spesialisthelsetjenesten. Noen prosjekter omhandler pasienter i ulike faser av livet, som premature barn eller eldre, mens andre setter søkelyset på ulike tilstander, akutte hendelser eller kroniske sykdommer. Eksempler

er kreft, hjerteinfarkt, Multipel Sklerose (MS), strategier for bruk av immundempende behandling, trening som medisin eller forskning på rusavhengighet.

Også i 2021 har våre forskningsmiljø bidratt til å løse utfordringer knyttet til pandemien. I kriser er det behov for at kliniske funn og forskningsresultater raskt gjøres kjent som grunnlag for videre beslutninger. AstraZeneca-studien er et eksempel på at dette er mulig. Godt samarbeid innen og mellom helseforetak var avgjørende for å gjennomføre denne forskningen. Studien ga kunnskap om virkningen av AstraZeneca-vaksinen, om tilstanden VITT (vaksineindusert immun trombocytopeni) og behandlingen

av denne. Dette har hatt betydning langt ut over Norges grenser.

I siste halvdel av rapporten presenteres nøkkeltall for 2021. Her vises status og utvikling innen forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten, målt på ulike indikatorer over tid.

En stor takk rettes til alle brukere, pasienter og pårørende. Det er deltakelsen fra dere som gjør det mulig å fremskaffe viktig kunnskap innen forskning og innovasjon. Takk også til alle våre gode prosjektledere og støttepersonell som står for gjennomføringen av prosjektene. Sammen skaper dere en enda bedre helsetjeneste.

Stjørdal, Bodø, Hamar, Stavanger, 25. april 2022


Stig Slørdahl
Administrerende direktør
Helse Midt-Norge RHF


Cecilie Daas
Administrerende direktør
Helse Nord RHF


Terje Rootwelt
Administrerende direktør
Helse Sør-Øst RHF


Inger Cathrine Bryne
Administrerende direktør
Helse Vest RHF

Arbeidsgruppe for rapporten

- Sølvi Lurfald, Helse Vest (prosjektleder)
- Wenche Moe Thorstensen, Helse Midt-Norge
- May Britt Kjelsaas, Helse Midt-Norge
- Kristina Lindstrøm, Helse Nord
- Helen Sagerup, Helse Nord
- Tanja Schiøtz Wigley, Helse Sør-Øst
- Åslaug Helland, Helse Sør-Øst
- Jon Arne Søreide, Helse Vest
- Renate Grüner, Helse Vest
- Heidi Brorson (brukerrepresentant)
- Merete Hauge (brukerrepresentant)

Redaksjon

- Siri Tjessem Fjælberg, Helse Vest
- Sølvi Lurfald, Helse Vest

Arbeidsgruppe for nøkkeltallene

- Sølvi Lurfald, Helse Vest
- May Britt Kjelsaas, Helse Midt-Norge
- Helen Sagerup, Helse Nord
- Tanja Schiøtz Wigley og Randi Vad, Helse Sør-Øst

Layout

Melvær&Co

Trykk

Byråservice AS

Forsidebilder

Svein Lunde, Jan Eskil Severinsen, Geir Otto Johansen og Torbjørn Endal.

Vi gjør oppmerksom på at enkelte av bildene i rapporten er arrangerte.

Bruker kunstig intelligens for å bedre kreftbehandlingen

Ved bruk av radiologiske bilder og kunstig intelligens vil overlege og professor Ingfrid Haldorsen stille korrekt diagnose og skreddersy kreftbehandlingen til hver enkelt pasient.

Tekst: Marte Ingeborg Stangenes • Foto: Øystein Fykse

Prosjektet «Maskinlæring, kunstig intelligens og avanserte bilde-teknikker for skreddersydd behandling av livmorkreft» har mål om å effektivisere og bedre utredning og behandling av pasienter med livmorkreft og livmorhalskreft. Helt i tråd med prinsippet for persontilpasset behandling.

– Et viktig prinsipp for kreftomsorgen er å sikre persontilpasset behandling der mest mulig skånsom behandling tilbys de som har lav risiko for tilbakefall, og mer omfattende behandling tilbys pasienter med høy risiko for alvorlig sykdomsforløp, forteller Haldorsen.

PREIS DIAGNOSTIKK

Selv om prognosen ved livmorkreft og livmorhalskreft vanligvis er god, vil 20-30 prosent av pasientene få tilbakefall. Det er derfor behov for presis diagnostikk som gir informasjon om pasientens risiko for tilbakefall.

Haldorsen og hennes forsker-kolleger forsøker å bruke nye bilde-diagnostiske metoder for å analysere kreftsvulsten og avdekke markører som kan knyttes til svulstens vekst- og spredningsmønster og dermed også til risiko for tilbakefall og død.

Radiomics er en samlebetegnelse for avanserte vevsegenskaper som

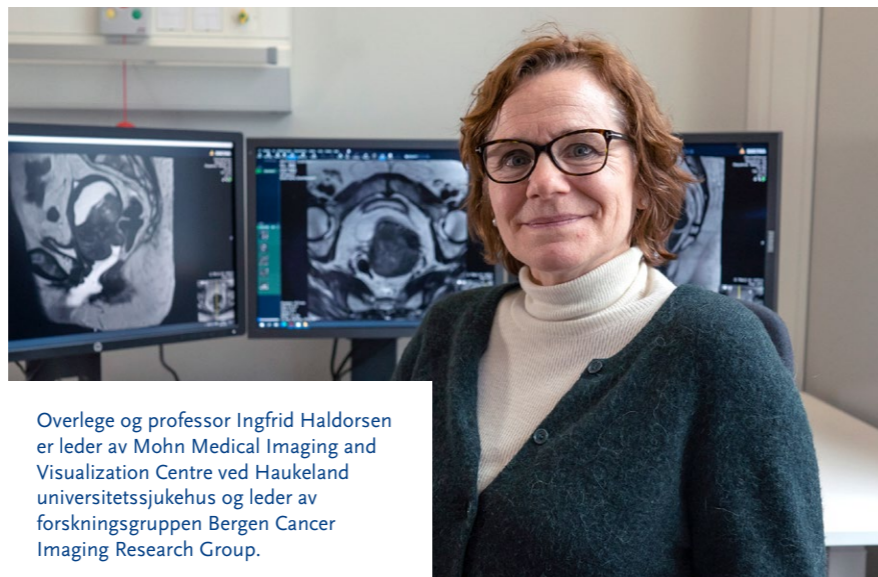
man kan analysere i et bilde. Disse vil være veldig forskjellig i friskt vev og i en kreftsvulst. Etter at radiologer har tegnet rundt svulsten på bildene, kan datamaskiner trenes til gjenkjenne og tegne rundt nye svulster automatisk. Matematiske modeller brukes for å analysere bildeegenskapene til inntegnete svulster. På den måten kan man avdekke ukjente mønstre og egenskaper ved svulsten som er umulig å fange for det nakne øyet.

– Ved å studere bilder slik, har vi nå tilgang til tidligere ukjent informasjon om kreftsvulsten

som kan brukes til å skreddersy behandlingen. Denne måten å arbeide på har vært enormt spennende og lærerik for hele forskergruppen, sier Haldorsen.

VIKTIGE RESULTATER

Forskningsgruppen har publisert forskningsartikler som omhandler radiomics både fra deler av livmor-svulsten og basert på hele svulsten, som tyder på at disse bildeegenskapene er sterkt knyttet til sykdommens aggressivitet. Viktig informasjon om svulstens forventede biologi kan derfor fremskaffes ved bruk av radiomics og, sammen med

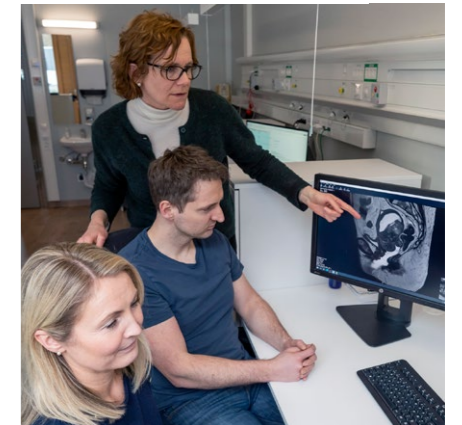


Overlege og professor Ingfrid Haldorsen er leder av Mohn Medical Imaging and Visualization Centre ved Haukeland universitetssjukehus og leder av forskningsgruppen Bergen Cancer Imaging Research Group.



Forskningsgruppen Bergen Cancer Imaging Research Group ved Mohn Medical Imaging and Visualization Center: Fra venstre: Kristine E. Fasmer, Heidi Espedal, Ingfrid Haldorsen, Kari Wagner-Larsen, Njål Lura, Ankush Gulati, Erlend Hodneland, Jenny Lyngstad og Sathiesh Kaliyugarasan.

Radiologene Kari Wagner-Larsen, Njål Lura og Ingfrid S Haldorsen gransker MR-bildene.

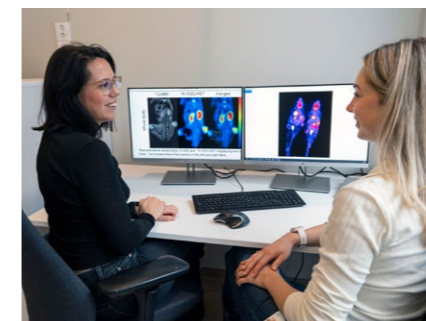


annen informasjon fra bilder (f.eks. tegn til spredning) og fra vevsprøver, brukes for å bedre tilpasse behandlingen ved livmorkreft og livmorhalskreft.

Videre har gruppen nylig vist at det er mulig å trene en maskinlærings-algoritme til å oppdage, og ikke minst, avgrense livmorkreftsvulster med samme nøyaktighet som når dette arbeidet blir utført av radiologer. Maskinen er også programmert til å identifisere pasienter med høyere risiko for tilbakefall.

– Metoden gjør at pasienter med høy sannsynlighet for å utvikle aggressiv sykdom vil kunne identifiseres tidligere i behandlingsforløpet og kan tilbys mer omfattende behandling og individualisert oppfølging basert på risikoprofil.

Heidi Espedal og Jenny Lyngstad jobber med MR- og PET-bilder av mus med livmorkreft.



Samtidig kan pasienter med lav sannsynlighet for aggressiv sykdom tilbys mindre omfattende behandling som gir mindre bivirkninger og sikrer god livskvalitet. Dette er av

stor betydning for både pasienter og behandlere fordi vi nå vil få mulighet til å tilby disse pasientene en mer målrettet behandling, sier Haldorsen.

FAKTA

- Studien inkluderer pasienter fra Vestland som utredes og behandles for livmorkreft og livmorhalskreft ved Haukeland universitetssjukehus.
- Studiene er støttet gjennom tildelinger fra Samarbeidsorganet Helse Vest, Trond Mohn stiftelse, Norges forskningsråd og Kreftforeningen.
- Alle pasienter får tilbud om MR- og PET-CT-undersøkelser i forkant av behandling.
- Radiologiske bilder og vevsprøver fra mer enn 700 pasienter med livmorkreft og 500 pasienter med livmorhalskreft er samlet i bildearkiv og Biobank Haukeland.
- Forskningsgruppen ved Mohn Medical Imaging and Visualization Centre (MMIV) ved Radiologisk avdeling samarbeider tett med Bergen gynekologiske kreftforskningsgruppe ledet av Camilla Krakstad ved Kvinneklubben om dette prosjektet.
- Salvesen Ø, Krakstad C, Haldorsen IHS. Whole-Volume Tumor MRI Radiomics for Prognostic Modeling in Endometrial Cancer. *J Magn Reson Imaging*. 2021 Mar;53(3):928-937. doi: 10.1002/jmri.27444. Epub 2020 Nov 16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33200420/>
- Hodneland E, Dybvik JA, Wagner-Larsen KS, Šoltészová V, Munthe-Kaas AZ, Fasmer KE, Krakstad C, Lundervold A, Lundervold AS, Salvesen Ø, Erickson BJ, Haldorsen I. Automated segmentation of endometrial cancer on MR images using deep learning. *Sci Rep*. 2021 Jan 8;11(1):179. doi: 10.1038/s41598-020-80068-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33420205/>
- Hoivik EA, Hodneland E, Dybvik JA, Wagner-Larsen KS, Fasmer KE, Berg HF, Halle MK, Haldorsen IS, Krakstad C. A radiogenomics application for prognostic profiling of endometrial cancer. *Commun Biol*. 2021 Dec 6;4(1):1363. doi: 10.1038/s42003-021-02894-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34873276/>
- <https://mmiv.no/cancerimaging/>

PUBLIKASJONER

- Fasmer KE, Hodneland E, Dybvik JA, Wagner-Larsen K, Trovik J,

Virtuelt hjemmesykehus for premature og syke nyfødte barn

Etter tolv dager på nyfødtintensiven fikk Ida Kristine Røed og Fredrik Aasbø Fosshaugen muligheten til å ta med lille Inger Johanne hjem. De takket ja til å være med i prosjektet Virtuelt hjemmesykehus for barn. – Det var trygt å vite at jevnlig kontakt med sykepleier var en del av pakken, forteller de.

Tekst og foto: Torbjørn Endal

Da Inger Johanne kom til verden 20. november 2021, var ikke alt som det skulle.

– Vi ble bekymra, nervøse og usikre da barnet ble tatt fra oss på barsel og lagt inn på nyfødtintensiven. Hun ble lagt i kuvøse og koblet til flere maskiner. Det var en påkjenning, forteller pappa Fosshaugen.

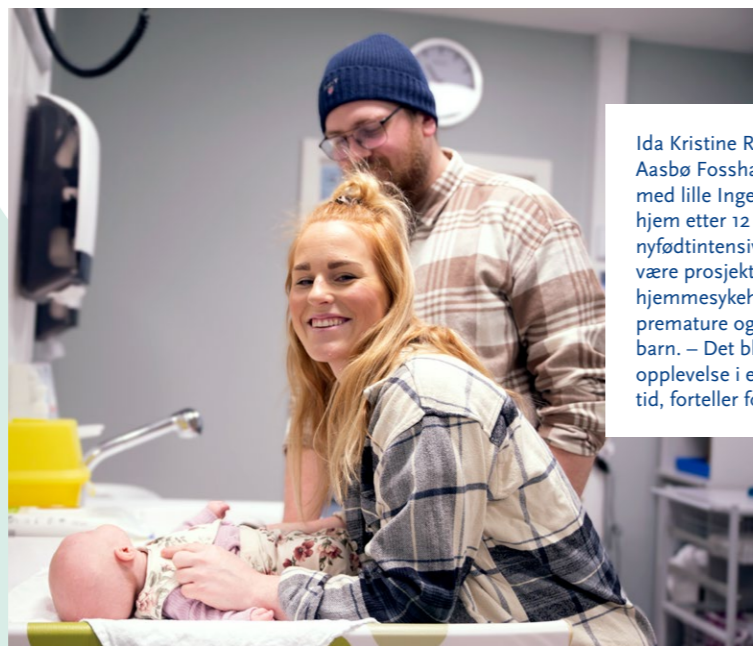
På nyfødtintensivpost ved Sykehuset i Vestfold (SiV), også kalt nyfødtintensiven, ble de tatt godt vare på, og etter tolv dager fikk de muligheten til å ta siste del av behandlingen hjemme.

– Vi fikk beskjed om at det var greit å reise hjem, vi ville gjerne starte hverdagen. Det var godt å komme hjem til egen seng og eget miljø, forteller foreldrene.

FØLGES OPP DIGITALT

Virtuelt hjemmesykehus for barn er et tilbud til familier som har for tidlig fødte eller syke barn. I stedet for å være innlagt på sykehuset kan familien reise hjem og ta siste del av sykehusbehandlingen i vante omgivelser. God opplæring i forkant og tett oppfølging følger med.

– Det er mange fordeler med heller å være hjemme enn på sykehus. Disse barna er små og sårbare, og lange sykehusopphold kan splitte familien. Det kan gi krevende logistikk i hverdagen. I tillegg kan hjemmesykehus være forebyggende i form av smitekilder fra sykehuset.



Ida Kristine Røed og Fredrik Aasbø Fosshaugen fikk ta med lille Inger Johanne hjem etter 12 dager på nyfødtintensiven, takket være prosjektet Virtuelt hjemmesykehus for premature og syke nyfødte barn. – Det ble en positiv opplevelse i en vanskelig tid, forteller foreldrene.

De små er sårbare for infeksjoner og er dermed tryggere hjemme, forteller prosjektleder Heidi Wataker, som jobber som pediatrik sykepleier ved nyfødtintensivposten.

Jevnlige digitale konsultasjoner med helsepersonell sikrer god oppfølging og behandling i hjemmet.

– Vi tar vare på en sårbar gruppe i overgangen mellom sykehus og hjemmet. Foreldrene, lege og sykepleier lager sammen en behandlingsplan om hva som skal rapporteres inn til avdelingen og som tas opp på legevisitten, som for eksempel vekt. De får med seg en vekt, kan ammeveie og ha kontroll på hvor mye barnet spiser, sier Wataker.

Noen barn følges også opp med puls- og oksygenmålinger en til to ganger daglig. Resultatene sendes sykehuset og vurderes av barnelege.

– Vår Inger Johanne diet nesten ikke da vi reiste hjem. Hun var vant til sonde og flaske, og slet med å ta bryst. Vekten vi fikk med oss hjem er et fint hjelpemiddel for å se at hun tar til seg den melken hun skal, sier mamma Røed.

ÅPEN RETUR

Foreldrene har alltid åpen retur. Når som helst kan de avbryte det virtuelle hjemmesykehuset og komme inn til sykehuset.

– De har også mulighet til å ringe oss gjennom hele døgnet, påpeker Wataker.

Det benytter foreldrene til Inger Johanne seg av.

– Det er trygt å vite at de engasjerte og flinke sykepleierne er tilgjengelige uansett. Vi kan spørre om hva som helst, ingen spørsmål er for dumme, forteller pappa Fosshaugen.

Foreldrene får grundig opplæring før de kan reise hjem.

– De lærer det de trenger, som hvordan barnet skal mates gjennom sonde, bruk av teknisk utstyr og IKT-utstyr. De får også opplæring i hjerte-lungeredning og hva de må passe spesielt på, som for eksempel endringer i hudfarge og allmenntilstand, forteller prosjektleder Wataker.

Noen foreldre tenker likevel at det er for tøft å reise bort fra kvalifisert helsepersonell.

– Dette er selvsagt ikke for alle. Men når foreldrene føler seg trygge og har riktig kunnskap, vil de gjerne hjem. Det trykker dem å vite at de blir fulgt opp i overgangen fra sykehus til hjemmet, sier Wataker.

Det støtter foreldrene til Inger Johanne.

– Det er godt å vite at Wataker er tilgjengelig. Inger Johanne har gått gjennom en del, og den følelsen av å ta over ansvaret alene ville gjort oss usikre. Denne jevnlig kontakten gir trygghet, sier de.

Familien logger seg inn via Bank-ID (sikkerhetsnivå 4) og rapporterer inn målinger til helsepersonellet. Kun informasjon foreldrene velger å dele blir tilgjengelig for behandlerne, og informasjonen overføres direkte til DIPS og barnets journal.

– Foreldrene sender inn informasjon som barnelegen på visitt behandler. Deretter foregår den digitale kontakten med familien via chat,



Heidi Wataker, prosjektleder og pediatrik sykepleier ved nyfødtintensivpost, forteller at tilbakemeldingene fra de 105 familiene som har benyttet tilbudet, er gode.

SMS og video, der de får svar på spørsmål de måtte ha og beskjed om hva de skal fortsette å observere hjemme, forteller Wataker.

RESULTATER

I løpet av to år har 105 familier benyttet seg av tilbudet. Tilbakemeldingene er gode.

– Vi gjennomførte spørreundersøkelser med 14 familier i første

pilot og 18 familier i pilot nummer to. I den første gruppen benyttet vi telefon og videokonsultasjon, i pilot to den nye løsningen for avstandsoppfølging (CheckWare) og video, forteller Wataker.

Rådgiver Rikke Aune Asbjørnsen fra forsknings- og innovasjonsavdelingen ved SiV har deltatt aktivt i prosjektet.

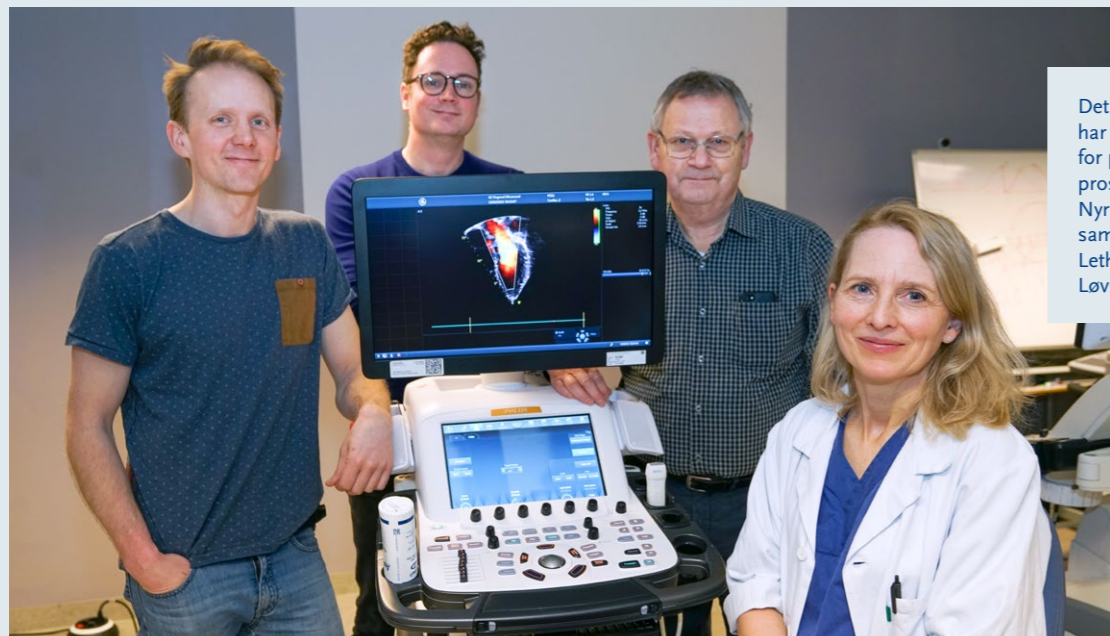
– Tidlig involvering av foreldrene, tverrfaglig samarbeid, og gradvis testing og implementering av digitale komponenter, har vært viktige suksesskriterier for å utvikle en tjeneste som bidrar til et enda bedre tilbud for barna og deres foreldre, sier hun.

For Inger Johanne og foreldrene har brukeropplevelsen vært veldig god. Inger Johanne virker å være i god form, og alt ser bra ut.

– Vi er veldig takknemlige for all den hjelpen vi har fått. Wataker og virtuelt hjemmesykehus har vært en god og positiv opplevelse i en vanskelig tid, smiler foreldrene.

FAKTA

- Innovasjonsprosjektet «Virtuelt hjemmesykehus for premature barn» ved Sykehuset i Vestfold ble tildelt midler fra Helse Sør-Øst for 2018. Prosjektet varer til første kvartal 2022
- Prosjektet ledes av Heidi Wataker, pediatrik sykepleier ved nyfødtintensivpost. Overlege Harald Dalen ved Barne- og ungdomsseksjonen har også deltatt i prosjektet.
- Virtuelt hjemmesykehus skal bidra til tidligere hjemreise og trygg og veiledende oppfølging av premature og syke nyfødte barn og deres familier når de er hjemme. Prosjektet har vist positive resultater så langt:
 - hjemreise en til to uker tidligere sammenlignet med tidligere erfaringer
 - premature barn og deres familier opplever et kvalitativt bedre tilbud (for eksempel reduksjon i risiko for infeksjon, samvær med hele familien)
 - familiene har så langt vært utelukkende positive og beskriver økt trygghet og god veiledning både før og etter hjemreise
 - det er registrert få reinnleggelse (syv prosent)
 - økt ammefrekvens hos de for tidlig fødte barna. Dette er en svært sentral og helsefremmende kvalitetsindikator
- Flere andre nyfødtintensivavdelinger i Norge har fulgt med på innovasjonsprosjektet og vist interesse for å prøve ut tilbudet. Dette inkluderer blant annet nyfødtintensiv Drammen, Vestre Viken og nyfødtintensiv Ålesund sykehus, Sunnmøre sykehus. Det er interesse for å implementere tjenesten for større barn og habilitering ved Sykehuset i Vestfold.
- <https://www.siv.no/behandlinger/virtuelt-hjemmesykehus-for-barn-avstandsoppfolging>



Det tverrfaglige arbeidet har vært avgjørende for prosjektet, mener prosjektleder Siri Ann Nyrnes (t.h.). Her sammen med Martin Leth-Olsen (f.v.), Lasse Løvstakken og Hans Torp.

Utvikler ultralydløsninger tilpasset barn og unge

Dagens ultralydløsninger for hjerte og hjerne er ikke godt nok tilpasset barnas behov. UNG-prosjektet vil gi bedre diagnostiske verktøy, som på et tidligere tidspunkt kan finne markører for sykdom hos unge.

Tekst: Kai Kristiansen • Foto: Geir Otto Johansen

– UNG-prosjektet handler om å utvikle ultralydløsninger spesielt tilpasset barn, med søkelys på hjerte og hjerne.

Det sier Siri Ann Nyrnes, barnekardiolog ved St. Olavs hospital og postdoktor ved NTNU, og leder for prosjektet «Ny og nyttig Ultralyd for Neste Generasjon (UNG)».

Hjertet er hennes hovedansvar, og det var der prosjektet startet – med å utvikle en ny metode for å få et mer detaljert bilde av blodstrøm. En hjerteultralydmetode med høy billedrate, som gjør det mulig å forbedre avbildning av blodstrøm og vev i hjertet.

– Den teknikken som vi bruker, ultraskanultralyd, har vi utviklet videre slik

at den også kan brukes til å beregne veggstivhet i hjertet. Veggstivhet er noe som endrer seg ved hjertesykdom, og hjertesykdom over tid kan føre til at det dannes arrvev i hjertet, såkalt fibrose. Det gjør muskelen mer stiv. Teknikkene for å avbilde blodstrøm mer detaljert, og for å påvise veggstivhet, kan være med på å oppdage nedsett hjertefunksjon tidligere enn de teknikkene vi har i dag, sier Nyrnes.

SAMSPILL HJERTE OG HJERNE

Dagens standardteknikker har vist seg ikke å passe like godt for barn som for voksne, spesielt når det gjelder det å påvise svekket diastolisk dysfunksjon, eller nedsatt evne til fylling av hjertet. De nye teknikkene, derimot, er veldig

godt egnet til å løse akkurat det problemet, forteller Nyrnes.

– De retningslinjene som er laget for voksne for å påvise disse tilstandene, viser seg ikke å gjelde for barn. Så vi trenger nye verktøy for å følge dette. Det lever cirka 9000 barn (0-18 år) med medfødt hjertefeil i Norge. Flere og flere med komplekse feil overlever, og gode verktøy for å følge opp disse barna er helt vesentlig, sier hun.

Det er et veldig nært samspill mellom hjerte og hjerne. Hvordan hjertet har det, har alt å si for hvordan hjernen har det. I overvåking av barn med medfødt hjertefeil, og for andre barn med kritisk sykdom (som de som er født veldig prematurt), er muligheten

til å kunne overvåke blodstrøm til hjernen særdeles viktig.

– Der har vi tidligere ikke hatt noen gode verktøy. Vi har måttet stole på indirekte målinger fra for eksempel metningsmåling på fingeren, CO₂-måling på huden, eller blodtrykk. Alt er på en måte bare et surrogat, uten at det sier noe om hjernens blodstrøm som vi ønsker å holde stabil. Når du er liten, er hjernen mer sårbar for endringer, sier Nyrnes.

TVERRFAGLIG SAMARBEID

Basert på metodene som ble brukt for å utvikle den avanserte avbildningen av hjertet, fikk professor Hans Torp ideen om teknologien bak en liten probe som nå blant annet benyttes til kontinuerlig monitorering av hjernens blodstrøm hos små barn, NeoDoppler.

– Det tverrfaglige samarbeidet har vært avgjørende, det å stå skulder til skulder med ingeniørene. Ha dem med ut i klinikken, slik at de ser hva vi strever med, hva vi trenger. Det er slik vi får ideene. Det er også et tverrfaglig klinisk miljø, og det har vært viktig, sier Nyrnes.

St. Olav har en sterk tradisjon når det gjelder teknologiutvikling, men også internasjonalt samarbeid er en viktig brikke for å lykkes. Der ligger det muligheter for samarbeid med sentre som har mye større antall pasienter med sjeldne sykdommer.

– Som noen av de medfødte hjertefeilene, for eksempel. Vi har vært heldige og fått med oss barnesykehuset The Hospital for Sick Children i Toronto, Canada. Sammen med dem fikk vi midler fra Forskningsrådet i fjor, med mål om å bygge en langvarig internasjonal relasjon for å skape god forskning, utdanning og undervisning, sier Nyrnes.

OMRÅDER MED NYTTEVERDI

Prosjektet publiserte metodeartikkelen på hjerteultralyd med høy billedrate i 2020, der de presenterte de første undersøkelsene og kliniske dataene i pediatri ved bruk av metoden. Der undersøkte forskerne hvor nøyaktig metoden er i sine

beregninger, hvor mye de kan stole på de ulike strømningsretningene, og hva som kan hentes ut av den informasjonen de får ut.

– En ting er at vi kan hente ut det visuelle, det som vi ser. Noe annet er at vi kan hente ut kvantitative mål som for eksempel energitap i hjertet ved ulike tilstander, og såkalt vortisitet som sier noe om hvordan blodet har en tendens til å danne blodstrømsvirvler. I artikkelen så vi på potensielle områder med nytteverdi, sier Nyrnes.

I 2021 publiserte prosjektet de første resultatene, som først og fremst handlet om energitap i hjertet. De sammenlignet friske hjerter med hjerter som hadde volumbelasta høyre hjertekammer.

– Du kan se for deg at folk strømmer inn samme plass. Hvis de krasjer, blir det turbulens. Det vi så, var at der vi har lekkasjer som krasjer sammen, skaper det et energitap og mindre effektiv sirkulasjon. Det er egentlig veldig enkle mekanismer som ligger bak, men vi har ikke klart å vise det fram så tydelig før nå, sier Nyrnes.

TIDLIG OPPDAGELSE AV SYKDOM

Prosjektlederen sier de kommer til

å ha mye å forske på de kommende årene, og at det de har sett så langt virker svært lovende.

– Både den hjerteteknikken vi bruker og måten vi monitorerer hjerneblodstrøm på, kan bidra til tidlig deteksjon av endring og sykdom, også tilfriskning. Det kan gi oss en tidlig markør på at noe skjer. Det er også ting som tyder på at vi får ekstra informasjon, sammenlignet med annet utstyr, sier Nyrnes.

Det overordnede målet er bedre diagnostiske verktøy, for å få et bedre helsevesen, og for å gi klinikeren beslutningsstøtte. Nyrnes håper prosjektet skal kunne bidra til trygge pasientforløp og at det skal føre til bedre utkomme og liv for pasientene, både på lang og kort sikt.

– Dette er noe jeg brenner for. Det er fantastisk artig å jobbe med, og jeg lærer noe nytt hver dag. Det føles veldig meningsfullt. Samtidig er jeg jo kliniker. Jeg jobber mye i klinikken, og ultralyd er mitt viktigste verktøy, hver dag, for å gjøre en god jobb. Det kommer pasientene til gode underveis også, ikke bare til slutt, sier Nyrnes.

FAKTA

- Forskningsprosjektet «Ny og nyttig ultralyd for neste generasjon» (UNG) ble startet ved St. Olavs hospital/NTNU i 2019 og har en varighet på seks år. Finansieringskilder: Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge, Helse Midt-Norge innovasjonsmidler, Center of Innovative Ultrasound Solutions (CIUS) og Norges forskningsråd (NFR) – INTPART.
- UNG-prosjektet har mål om å utvikle og teste skånsom avbildningsteknologi rettet mot barn som er født for tidlig, har medfødte hjertefeil eller andre sykdommer. Den nye ultralydteknologien for hjerteavbildning og hjerneovervåking kan føre til bedre generell pasientovervåking og behandling.
- Prosjektleder: Siri Ann Nyrnes, barnekardiolog St. Olavs Hospital og postdoktor ISB/NTNU. Lokale samarbeids-

partnere: Lasse Løvstakken, professor i medisinsk teknologi, og leder av ultralydgruppen, ISB, NTNU. Hans Garman Torp, professor i medisinsk teknologi, ISB, NTNU, m.fl.

PUBLIKASJONER

- Nyrnes SA, Fadnes S, Wigen MS, Mertens L, Lovstakken L. Blood Speckle-Tracking Based on High-Frame Rate Ultrasound Imaging in Pediatric Cardiology. *J Am Soc Echocardiogr.* 2020 Apr;33(4):493-503. doi: 10.1016/j.echo.2019.11.003.
- Vik SD, Torp H, Follestad T, Støen R, Nyrnes SA. NeoDoppler: New ultrasound technology for continuous cerebral circulation monitoring in neonates. *Pediatr Res.* 2020 Jan;87(1):95-103. doi: 10.1038/s41390-019-0535-0.



Morkaken kan gi informasjon om barnets helse. Nå jobber forskere ved Ahus med å utvikle metoder for å diagnostisere unormal morkakevekst under svangerskapet.

Jakter på mer kunnskap om morkaken

– Normal vekst av morkaken er avgjørende for normal utvikling av barnet, sier overlege Anne Eskild ved Akershus universitetssykehus. Hun og kolleger er i ferd med å finne frem til metoder for å måle morkakens utvikling under svangerskapet, slik at risikosvangerskap kan avdekkes og forebygges.

Tekst og foto: Anne Wikdahl Haga

Ved alle fødsler i Norge etter 1999 har morkaken blitt veid og registrert i Medisinsk fødselsregister. Ved hjelp av disse dataene har forskere ved Akershus universitetssykehus (Ahus) funnet en sammenheng mellom risikosvangerskap og unormal morkakestørrelse ved fødselen.

– Slik disproporsjonalitet gir økt risiko for fosterdød, spedbarnsdød og cerebral parese, forteller prosjektleder Anne Eskild.

Både høy og lav morkakevekt er forbundet med slik risiko. Denne sammenhengen er dokumentert gjennom fem ph.d.-avhandlinger ved Kvinneklinikken på Ahus, og synliggjør behovet for å kunne følge med på morkakeveksten underveis i svangerskapet.

MANGLER MÅLEMETODER

– Å kunne diagnostisere unormal morkakevekst under svangerskapet, vil gjøre at vi kan iverksette fore-

byggende tiltak. Dette kan redde fostre fra død, og barn fra død eller funksjonsnedsettelse, sier Anne Eskild.

Men det er ikke enkelt å måle morkakens størrelse mens den fortsatt ligger i livmoren. I dag finnes ingen pålitelig diagnostikk av morkakestørrelse under svangerskap, og man vet derfor foreløpig lite om den normale variasjonen av morkakens vekst eller form under svangerskapet.



Prosjektleder Anne Eskild er overlege ved Akershus universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

TESTER NYE METODER

Forskerne etablerte derfor PLAVO-studien (The Placenta Volume Study) i 2018/2019 for å utvikle og teste ulike metoder for å måle morkakevolum. Studien rekrutterte 250 kvinner til å bli undersøkt med ultralyd og MR inntil tre ganger i svangerskapet.

Hva som er normal morkakevekt og hvordan en normal morkake ser ut under et svangerskap, har vært blant forskningsspørsmålene i PLAVO-studien.

Å kunne diagnostisere unormal morkakevekst under svangerskapet, vil gjøre at vi kan iverksette forebyggende tiltak.

Anne Eskild
Professor og overlege,
Akershus universitetssykehus

– Vi har funnet at tredimensjonal ultralyd foreløpig ikke er en god nok metode for å måle morkakevolum. Men vi samarbeider med SINTEF med tanke på å utvikle en bedre ultralydmetode, forteller Eskild.

Ultralyd brukes rutinemessig for diagnostikk i svangerskap. MR er dyrt, og brukes knapt for diagnostikk i svangerskap. Forskerne har derimot utviklet en metode for raskt å regne ut morkake- og fostervolum ved MR-undersøkelser. Her kombineres

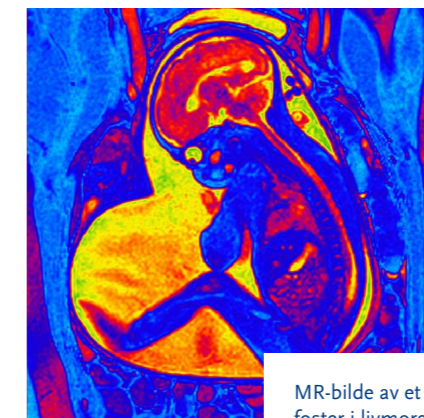
kunstig intelligens og maskinlæring anvendt på MR-teknologi. MR-persentilbilder har også blitt brukt til å lage persentiler for vekst av morkaken inne i livmoren.

– Ut fra disse dataene er vi i ferd med å sammenlikne morkakestørrelsen i livmoren med morkaker som er født ved samme svangerskapslengde. Da kan vi få kunnskap om altfor tidlige fødsler har sammenheng med unormal morkakevekst, forteller Eskild.

Forskningsgruppen er også i ferd med å studere om enkle 2D-ultralydmål kan gi informasjon om morkakens størrelse.

BLODGJENNOMSTRØMMING

Prosjektet utvikler i tillegg MR-metoder for å måle blodgjennomstrømming i morkaken. Forskerne jobber med å studere om det er en sammenheng mellom morkakestørrelsen og blodgjennomstrømmingen i fosteret og til livmoren.



MR-bilde av et foster i livmoren.

FAKTA

- Placentavolumstudien «The Placental Volum Study, PLAVO», er et pågående prosjekt med som startet i 2018. Den ledes ved Kvinneklinikken på Ahus, i samarbeid med Divisjon for bilde-diagnostikk og teknologi (Ahus), Universitetet i Oslo og SINTEF.
- Ved hjelp av data fra Medisinsk fødselsregister om morkakevekt ved fødselen i alle svangerskap i Norge i årene etter 1999, har fem leger på Kvinneklinikken forsvart ph.d.-avhandlinger som viser en sammenheng mellom morkakevekt ved fødselen og risikosvangerskap. I dag finnes ingen pålitelig diagnostikk av morkakestørrelse på pågående svangerskap, og den normale variasjonen av morkakevekt er ikke kjent. PLAVO-studien jobber med å utvikle metoder for å kunne vite mer om dette.
- Forskningsgruppen består av prosjektleder Anne Eskild (Ahus, UiO), postdoktor Vigdis Hillestad (HSØ, Ahus), ph.d.-stipendiatene Helene Fjeldvik Peterson, Karianne Sagberg, Silje Sommerfelt (Ahus, UiO), Arne Borthne (Ahus, UiO), Kjell-Inge Gjesdal (Ahus), Heidi Hamil Gorman (Ahus, Oslo-Met, ph.d.-stipendiat) Lars-Eirik Bø og Torgrim Lie (begge SINTEF Digital), Lucy Higgins (University of Manchester, UK).

PUBLIKASJONER

- Karianne Sagberg, Anne Eskild, Silje Sommerfelt, Kjell I Gjesdal, Lucy E Higgins, Arne Borthne, Vigdis Hillestad (2021). Placental volume in gestational week 27 measured by three-dimensional ultrasound and magnetic resonance imaging. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021;100:1412-1418. doi: 10.1111/aogs.14115.
- Peterson HF, Eskild A, Sommerfelt S, Gjesdal K, Borthne AS, Mørkrid L, Hillestad V. Percentiles of intrauterine placental volume and placental volume relative to fetal volume: A prospective magnetic resonance imaging study. Placenta. 2022 Mar 1;121:40-45. doi: 10.1016/j.placenta.2022.02.023. Online ahead of print.

Når luft blir kroppens verste fiende

I løpet av bare to måneder i 2015, opplevde tre kvinner uforklarlige alvorlige komplikasjoner under samme type rutineoperasjon ved Nordlandssykehuset. Den ene kvinnen døde. Den andre ble alvorlig hjerneskadd. Den tredje kom fra det uten skader. Jakten på svar ledet til flere oppsiktsvekkende funn.

Tekst og foto: Jan Eskil Severinsen



Avdelingsingeniør Renathe Henriksen Grønli, professor Tom Eirik Mollnes, professor og overlege Erik Waage Nielsen og overlege Benjamin Storm har tilbrakt mye tid i Forskningslaboratoriet i Nordlandssykehuset i jakten på svar.

Tre svært alvorlige hendelser i løpet av kort tid, og ingen klare svar på hva som lå bak. Dette var utgangspunktet for teamet ved Nordlandssykehuset i jakten på et svar.

– Det var veldig uklart hva det var som lå bak hendelsene. Vi fant etter hvert ut at det måtte være luft som utilsiktet kom inn i kroppens vener under inngrepene. Normalt fanges luftbobler i lungene, men store mengder luft kan passere lungene til arteriene. Her kan boblene blokkere blodsirkulasjonen med fatale følger. Det er derfor meget viktig at man er oppmerksom på luftbobler under kirurgi. Jeg brukte mye tid på å lese meg opp på hva som var publisert rundt slike hendelser. Mye av problematikken rundt luftemboli var kjent, men også i ganske stor grad glemte, sier Erik Waage Nielsen, overlege ved Nordlandssykehuset og professor ved UiO, UiT og Nord Universitet.

NASJONALT RUNDSKRIV

Overlege i anestesi ved Nordlandssykehuset, Benjamin Storm, var tilstede under gjenoppliving og transport av to av kvinnene.

– De tre hendelsene påvirket oss klinikere kraftig. Medieoppslag, mistanke om feilbehandling eller feil på utstyr sirkulerte. Vi var mange som var påvirket av det som hadde skjedd, og vi ønsket å finne ut av det. Vi så at de to kvinnene som fikk hjertestans også fikk vann i lungene, hjertesvikt og dårlig blodsirkulasjon. Funnene passet godt med en akutt betennelsesprosess i blodet. Vi ønsket å finne ut av hvordan luften kunne lage en slik betennelse, sier Storm.



De alvorlige hendelsene ved dagkirurgien ga mye medieoppslag.

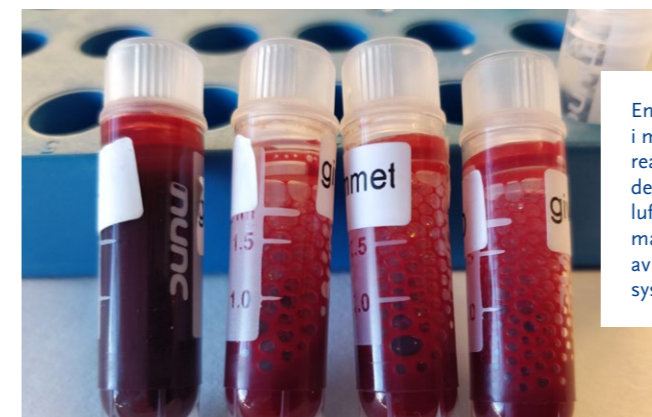
Litteraturstudien til Waage Nielsen kom langt på vei med en god forklaring på hva som hadde skjedd i 2015.

– Det ble laget et nasjonalt rundskriv hvor man gjorde oppmerksom på risikoene knyttet til luftemboli, og det ble gjort endringer i prosedyrene på operasjonsstuene. Vi tok umiddelbare tiltak for å sørge for at dette ikke skulle skje igjen, ikke bare hos oss, men også nasjonalt. Så gjensto spørsmålet rundt betennelsesprosessen vi hadde sett i blodet til disse kvinnene, sier Storm.

LABORATORIEFORSØK

For å finne svar på hvordan luft påvirker kroppens immunforsvar, og hvordan luftbobler kunne påvises på operasjonsstua, gikk Storm i laboratoriet.

– Vi utviklet en luftembolimodell i menneskeblod i reagensrør, og en modell i gris. Vi fant at luften aktiverte en del av immunforsvaret som kalles komplementsystemet, og vi kartla ganske detaljert hvordan dette skjer, samt hvordan aktiveringen av komplementsystemet i tur og orden aktiverer andre deler



En luftembolimodell i menneskeblod i reagensrør viste at dersom man fjerner luft fra rørene, kan man slå aktiveringen av komplementsystemet tilbake.

av immunforsvaret som hvite blodlegemer og koagulasjonssystemet. Vi viste også at dersom vi fjernet luft fra reagensglassene, klarte vi å slå denne aktiveringen nesten helt tilbake, og ved å hemme et bestemt nøkkelmolekyl i komplementsystemet kunne vi redusere både betennelsen og koagulasjonen. Dersom dette kan overføres fra reagensglass til mennesker, så har man en potensiell behandling av pasienter med luftbobler i blodet, sier Storm.

Ved å studere luftbobler i blodet gjennom dyreforsøk viste de også at risikoen for at luftbobler passerer gjennom lungene er betydelig større

ved kirurgi med åpen brystkasse sammenlignet med lukket.

– Dette var et meget viktig funn og dersom det vi oppdaget er overførbart fra gris til menneske, betyr det at ved hjerte- og lungekirurgi med åpen brystkasse, er risikoen for skader etter selv små mengder luft i blodbanen meget stor, og man må overvåke disse pasientene ekstra nøye for å hindre luft i arteriene og potensiell skade på hjerte og hjerne, sier Storm.

MER FORSKNING GJENSTÅR

Forskningslaboratoriet ved Nordlandssykehuset er blant få som forsker på komplementsystemets

rolle i immunforsvaret, og utgangspunktet for forskningen ved laboratoriet er gjerne klinikknær. Professor Tom Eirik Mollnes er leder for Norwegian Complement Research Group, som jobber med å forstå hvordan immunforsvaret lager betennelser i kroppen.

– Dette er et eksempel på forskning hvor hypotesen stilles ut fra hva som skjedde med pasienten. At en pasient dør akutt av en svær luftboble som stopper opp i hjertet er en mekanisk sak hvor vi ikke tenker på immunforsvaret – dette skjer i løpet av få minutter. Men i de langsiktige virkningene, dersom pasienten overlever den akutte fasen, er betennelsesreaksjonen sentral, og behandling av betennelsesreaksjonen kan påvirke utfallet, sier Mollnes.

Selv om flere viktige funn er gjort, betyr dette på langt nær at forskningen er over.

– Denne forskningen har vært en reise og en øyeåpner. For hver stein som snus så dukker det opp tre nye spørsmål som er veldig spennende. Det er ennå spørsmål vi ønsker å finne svar på, sier Benjamin Storm.

FAKTA

- Prosjektet «Venous Air Embolism: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. Role of The Complement and Coagulation Systems» ble startet opp etter tre tragiske pasienthendelser ved dagkirurgisk avdeling på Nordlandssykehuset, Bodø i 2015. Prosjektet er finansiert av Helse Nord RHF og startet i 2017.
- Luftembolier, dvs. luftbobler i blodbanen, er en ofte oversett, men potensielt dødelig komplikasjon til invasive medisinske og kirurgiske prosedyrer, f.eks. hysteroskopi. Luftembolier kan også oppstå ved dykking. Vi har kartlagt hvordan luftembolier aktiverer kroppens immunforsvar og utløser en kraftig betennelsesprosess og koagulasjon, og vi har vist hvordan spesifikk behandling kan redusere immunreaksjonen. I tillegg har vi vist at kirurgi med åpen brystkasse, f.eks. hjertekirurgi, øker risikoen for alvorlige skader ved luftembolier. Vi har også vist hvordan en enkelt endring i oppsettet av reagensglassforsøk reduserer uønsket aktivering av komplementsystemet.
- Norwegian Complement Research Group (NCRG.no) er en tverrfaglig forskningsgruppe bestående av leger, bioingeniører

og molekylærbiologer, som jobber ved Nordlandssykehuset, Oslo universitetssykehus, UiO, UiT og Nord universitet. Gruppen ledes av professor Tom Eirik Mollnes.

PUBLIKASJONER

- Storm BS, Andreassen S, Hovland A, Nielsen EW. Gas Embolism During Hysteroscopic Surgery?: Three Cases and a Literature Review. *A&A Case Reports*. 2017;9(5):140-143. doi:10.1213/XAA.0000000000000549
- Storm BS, Christiansen D, Fure H, et al. Air bubbles activate complement and trigger C3-dependent hemostasis and cytokine release ex vivo in human whole blood. *J Immunol*. 2021;2021(207(11)):2828-2840. doi:10.4049/jimmunol.2100308
- Storm BS, Ludviksen JK, Christiansen D, et al. Venous Air Emboli Activates Complement C3, and Trigger Inflammation and Coagulation in vivo in a Porcine Model. *Frontiers in Immunology*. 2022;13(839632):1-13. doi: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.839632>



Skreddersyr brystkreftbehandling

Med stort hell har personlig tilpasset behandling blitt testet ut på pasienter med høyrisiko brystkreft. Behandlingen gjør at mange kvinner slipper cellegift, får færre bivirkninger og trenger mindre inngripende kirurgi.

Tekst: Anne Christine Olsen • Foto: Øystein Fykse

Gjennom Petremac-studien har leger ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen funnet ut at pasienter med høyrisiko brystkreft får god effekt av målrettet kreftbehandling i stedet for standard cellegiftbehandling.

Studien er et samarbeid mellom flere sykehus, og ble startet opp i 2016. De 199 pasientene som har fått være med i studien, har alle store kreftsvulster i brystet og/eller armhulen, noe som er forbundet med høy risiko for tilbakefall av kreftsykdommen etter operasjon.

– Pasienter med større kreftsvulster får hormonblokkerende medikamenter eller cellegift for å redusere svulsten, og deretter nødvendig kirurgi for å fjerne den. Ved god effekt av medikamentell behandling forbedrer man pasientens leveutsikter, og dessuten kan man unngå å fjerne hele brystet, og gjøre mer skånsom kirurgi i armhulen, forklarer overlege og professor Hans Petter Eikesdal, som leder Kreftavdelingen på Haukeland.

Han er prosjektleder for Petremac-studien, og sammen med profesorene Per Eystein Lønning og Stian Knappskog leder han Brystkreftgruppen i Mohn kreftforskningslaboratorium, Bergen. Brystkreft rammer mer enn 3700 norske kvinner hvert år, og selv om stadig flere overlever, er det mange som sliter med ettervirkninger av behandlingen.



– Når jeg først skulle få kreft, så ønsket jeg at det kunne brukes til noe positivt som å få mer kunnskap, slik at det kan hjelpe andre med ny og bedre behandling, sier Silveli Elise Vannebo som deltar i Petremac-studien.

CELLEGIFT HJELPER IKKE ALLE

– Tradisjonelt har det vært vanlig å gi alle pasienter med store kreftsvulster i brystet samme cellegift før kirurgi, men mange pasienter med hormonfølsom brystkreft har dårlig effekt av cellegift, og omtrent halvparten av disse pasientene får tilbakefall av kreftsykdommen innen 15 år etter operasjonen. Dessuten får mange senskader på grunn av cellegiftbehandlingen, og mange blir varig arbeidsuføre, sier Hans Petter Eikesdal. I Petremac-studien har utvalgte pasienter

med hormonfølsom brystkreft fått hormonbehandling i stedet for cellegift. Gjennom genanalyser av kreftsvulstene har legene kunnet kartlegge om bestemte genfeil i svulsten kunne forutsi respons eller mangel på respons på hormonblokkerende behandling allerede før behandlingen var startet.

TILPASSET CELLEGIFT

Hos pasienter med brystkreft og store svulster som ikke er hormonfølsomme trenger man fremdeles cellegift før operasjon.

– Her vet vi at også cellegiftbehandling må tilpasses den enkelte kreftsvulst. Det er ikke slik at samme cellegift er like effektiv i alle typer brystkreft, forteller Eikesdal.

For Silveli Elise Vannebo i Bergen som deltar i Petremac-studien, besto behandlingen i cellegift kombinert med antistoffbehandling. Det hadde en oppsiktsvekkende effekt på brystkreftsvulsten hun hadde.

– Jeg hadde en svulst på nesten ti centimeter i det ene brystet. Etter tre måneder med behandling var svulsten så å si borte da jeg ble operert i desember 2016. Det var sterke doser, heftig behandling og jeg ble veldig dårlig, men jeg er lykkelig over at jeg overlevde, forteller hun. Hun lever med seinskader etter kreftbehandlingen og går fortsatt på medisiner for å forebygge tilbakefall, men er veldig glad for at hun takket ja til å delta i studien.

– Jeg er blitt godt ivaretatt, har fått tett oppfølging og fikk tilgang til behandling som på det tidspunktet ikke var i vanlig bruk. Når jeg først skulle få kreft, så ønsket jeg at det kunne brukes til noe positivt som å få mer kunnskap slik at det kan hjelpe andre med ny og bedre behandling, sier hun.

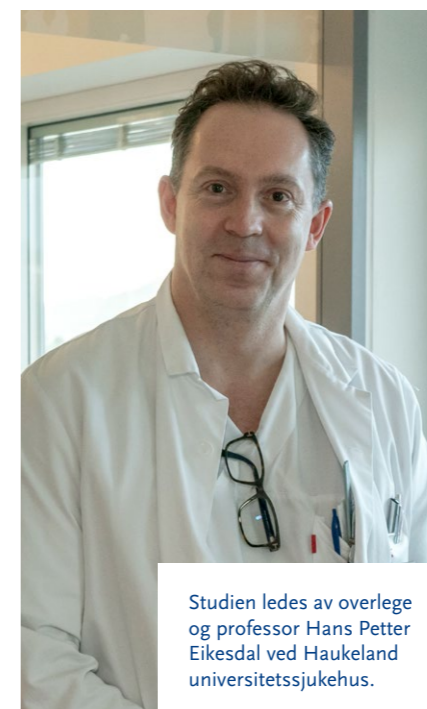
FORBEDRER BEHANDLINGEN

– Vi ønsket å teste om persontilpasset behandling i økende grad kan erstatte standard cellegiftbehandling. Målet har vært å forbedre behandlingen og å redusere akutte bivirkninger og seinskader fra cellegiftbehandling, sier Eikesdal.

Ifølge Eikesdal viser resultatene at en stor andel av pasientene med hormonfølsom brystkreft kan erstatte cellegiftbehandling med hormonblokkerende behandling, noe som gir langt mindre bivirkninger enn standard cellegiftterapi.

FØLGES OPP

Petremac-studien har gitt økt kunnskap om hvilke pasienter med høyrisiko brystkreft som vil få gode resultater av målrettet kreftbehandling.



Studien ledes av overlege og professor Hans Petter Eikesdal ved Haukeland universitetssjukehus.

også genanalyser av kreftgenomet fra vevsprøver tatt før, under og etter medikamentell behandling fra perioden før pasientene ble operert, sier han. Genanalysene av svulstvevet brukes for å finne biomarkører slik at legene i fremtiden kan vite hvilke pasienter som vil få effekt eller eventuelt manglende effekt av en bestemt kreftbehandling.

INTERNASJONAL INTERESSE

Prosjektlederen forteller at det gjennom Petremac-studien er bygget opp et samarbeidsnettverk for kliniske studier ved brystkreft som nå brukes videre i nasjonale brystkreftstudier. Resultatene fra studien har også har ført til interesse internasjonalt, og det er etablert samarbeid med tre ulike forskningsgrupper i London, Barcelona og Boston.

– Er persontilpasset brystkreftbehandling nå etablert i sykehusene?

– Vi tilbyr denne behandlingen til en viss grad i dag, og den blir gradvis mer utbredt fordi vi finner flere og flere typer målrettet behandling vi kan gi for å erstatte vanlig cellegiftbehandling, sier Eikesdal.

FAKTA

- I Petremac-studien forsker legene på persontilpasset behandling av brystkreft. Multisenterstudien ledes av overlege og professor Hans Petter Eikesdal, som leder Kreftavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus, og gjøres i samarbeid med Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Akershus universitetssykehus, Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger.
- Studien støttes av Helse Vest, K.G. Jebsen Stiftelsen, Forskningsrådet, Kreftforeningen/Rosa Sløyfe, Grieg Foundation, Astra Zeneca og Pfizer.

PUBLIKASJONER

- Eikesdal HP, Yndestad S, Blix ES, Lundgren S, Vagstad G, Espelid H, et al. 184PD Neoadjuvant

olaparib monotherapy in primary triple negative breast cancer. Ann Oncol. 2019;30(Suppl_5, October 2019):mdz240.010.

• Lønning PE, Clausen C, Blix ES, Lundgren S, Vagstad G, Espelid H, et al. 183PD Neoadjuvant endocrine therapy with palbociclib in patients with high-risk breast cancer. Ann Oncol. 2019;30(Suppl_5, October 2019):mdz240.009.

• Eikesdal HP, Yndestad S, Elzawahry A, Llop-Guevara A, Gilje B, Blix ES, et al. Olaparib monotherapy as primary treatment in unselected triple negative breast cancer. Ann Oncol. 2021;32(2):240-9.

• Nettside: <https://helse-bergen.no/kliniske-studier/brystkreft-petremac-persontilpasset-behandling>

Nye behandlingsstrategier for inflammatoriske sykdommer

Immunologisk betingede inflammatoriske sykdommer kan ha stor påvirkning på pasientenes liv. Gode behandlingsstrategier er avgjørende for sykdomskontroll ved disse tilstandene.

Tekst: Pernille Lønne Mørkhagen • Foto: Kjell Håkon Larsen

De siste to tiårene har man fått et økende antall behandlingsoalternativer for immunologisk betingede inflammatoriske sykdommer, slik som revmatoid artritt (leddgikt), aksial spondyloartritt, psoriasis og inflammatorisk tarmsykdom. Medikamentene er til dels kostbare, og gjennom sin immundempende effekt medfører de potensielle bivirkninger.

– Det var derfor viktig å finne ut hvordan disse legemidlene best kan benyttes i klinisk praksis på ulike stadier i behandlingsforløpet, forklarer Espen A. Haavardsholm, professor og leder for forskning og innovasjon ved Diakonhjemmet sykehus.

Tre store randomiserte-kontrollerte multisenterstudier utgående fra Diakonhjemmet sykehus har testet strategier for bruk av immundempende behandling. Resultatene er i ferd med å endre klinisk praksis både nasjonalt og internasjonalt for store pasientgrupper.

PERSONTILPASSET BEHANDLING

Inflammatoriske sykdommer og biologisk behandling – vil persontilpasset behandling med justering av medisindoser basert på nivået av legemiddelet i blodet gi bedre effekt?

Biologiske legemidler har de siste årene bedret livskvaliteten til pasienter med en rekke vanlige kroniske betennelsesykdommer i ledd, tarm og hud, men mange pasienter opplever fortsatt at medikamentene ikke har ønsket effekt.

Å forebygge sykdomsoppbluss er viktig for pasienters livskvalitet gjennom et livslangt sykdomsforløp, og for å forebygge langtidskomplikasjoner

Espen A. Haavardsholm
Professor

To randomiserte kontrollerte studier, NOR-DRUM A og B, har undersøkt effekten av terapeutisk legemiddelmonitorering (TDM) hos pasienter med kroniske betennelsesykdommer som behandles med det biologiske legemiddelet infliximab sammenlignet med standard behandling. Pasientene som deltok i studiene hadde revmatoid artritt, psoriasis-

artritt, spondyloartritt, ulcerøs kolitt, Crohns sykdom eller psoriasis.

NOR-DRUM A inkluderte 400 pasienter og undersøkte effekten av TDM hos pasienter som startet behandling med legemidlet infliximab. Etter 30 uker hadde like mange pasienter som fikk TDM og standard behandling oppnådd studiens endepunkt som var remisjon (fravær av sykdomsaktivitet). Studien viste at terapeutisk legemiddelmonitorering ikke er nødvendig for å oppnå god effekt av infliximab i oppstartsfasen.

NOR-DRUM B inkluderte 450 pasienter på vedlikeholdsbehandling med infliximab. Resultatene viste at nesten dobbelt så mange av pasientene som fikk standard infliximab behandling fikk sykdomsoppbluss i løpet av de 52 ukene studien varte, sammenlignet med dem som fikk persontilpasset behandling med TDM. Under vedlikeholdsbehandling, som gjerne varer i flere år, viser studien at man forhindrer sykdomsoppbluss ved å holde konsentrasjonen av legemiddel stabil samt identifiserer pasienter som utvikler antistoffer mot legemiddelet. Å forebygge sykdomsoppbluss er viktig for pasienters livskvalitet gjennom et livslangt



Espen A. Haavardsholm, Silje W. Syversen og Siri Lillegraven på infusjons-senteret på Diakonhjemmet sykehus. De er henholdsvis hovedutprøver for begge studiene, leder for NOR-DRUM-studien og leder for ARCTIC REWIND-studien.

sykdomsforløp, og for å forebygge langtidskomplikasjoner. Resultatene fra NOR-DRUM B støtter innføring av terapeutisk legemiddelmonitorering i klinisk praksis for pasienter på vedlikeholdsbehandling med infliximab.

REVMATOID ARTRITT

– Kan vi redusere medisindosen ved langvarige god sykdomskontroll?

Behandlingen av revmatoid artritt er blitt revolusjonert de to siste tiårene, og er i mange tilfeller så effektiv at pasientene over lengre tid kan oppleve få eller ingen symptomer på sykdommen, såkalt remisjon. Pasienter og leger har da ofte stilt spørsmål om hvorvidt god sykdomskontroll kan beholdes selv med redusert medikamentdose. Det har vært mangel på forskningsdata som har kunnet informere en slik beslutning om medikamentnedtrapping.

I ARCTIC REWIND-studien, som inkluderte 160 pasienter med revmatoid artritt, undersøkte vi om pasienter som i lengre tid hadde vært i remisjon under behandling med etablerte legemidler, spesielt metotreksat, kunne redusere medikamentdosen. Deltakerne ble randomisert i to grupper, der den

ene gruppen halverte behandlingen og den andre gruppen fortsatte med uendret (stabil) behandling. Etter ett år så man at 26 prosent av deltakerne som halverte behandling hadde hatt en klar sykdomsforverring i løpet av oppfølgingen, mens bare seks prosent i den stabile gruppen hadde hatt oppbluss av sykdommen. Resultatene indikerer at stabil behandling bør være det foretrukne valget hos mange pasienter med revmatoid artritt i remisjon, og gir et godt grunnlag for samvalg.

NASJONALT SAMARBEID – NØKKELEN TIL SUKSESS

Hovednøkkelen til vellykket gjennomføring av NOR-DRUM og ARCTIC REWIND er et langsiktig samarbeid gjennom mange år mellom revmatologiske avdelinger i Norge, samt de siste årene også avdelinger som behandler pasienter med inflammatoriske sykdommer i tarm og hud. Dette har utviklet en nasjonal forskningsinfrastruktur som de aktuelle studiene bygger videre på. NOR-DRUM-studien er også et resultat av langvarig samarbeid med laboratoriemiljøet ved Oslo universitetssykehus (OUS) som har utviklet og analyserer tester for legemiddelmonitoring

FAKTA

- ARCTIC REWIND og NOR-DRUM er finansiert via Nasjonalt program for klinisk behandlingsprogram i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK), Norges forskningsråd og Helse Sør-Øst.
- God behandling av inflammatoriske sykdommer krever riktig bruk av nye og eksisterende immundempende legemidler.
- Studiene utgår fra Diakonhjemmet sykehus. Satsningen på dette fagfeltet videreføres ved etableringen av et forsknings-senter for klinisk behandling, REMEDY (Center for treatment of Rheumatic and Musculoskeletal Diseases) fra 2022.

PUBLIKASJONER

- NOR-DRUM A: Syversen SW, et al. Effect of Therapeutic Drug Monitoring vs Standard Therapy During Infliximab Induction on Disease Remission in Patients with Chronic Immune-Mediated Inflammatory Diseases: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2021.
- NOR-DRUM B: Syversen SW, et al. Effect of Therapeutic Drug Monitoring vs Standard Therapy During Maintenance Infliximab Therapy on Disease Control in Patients With Immune-Mediated Inflammatory Diseases: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2021.
- ARCTIC REWIND-studien: Lillegraven S, et al. Effect of Half-Dose vs Stable-Dose Conventional Synthetic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs on Disease Flares in Patients with Rheumatoid Arthritis in Remission: The ARCTIC REWIND Randomized Clinical Trial. JAMA 2021.

av biologiske legemidler. Andre suksessfaktorer inkluderer erfaring med prosjektledelse og gjennomføring av tidligere studier, samarbeid med Avdeling for forskningsstøtte for kliniske studier - Clinical Trials Unit ved OUS, samt entusiasme og dugnadsånd både i det kliniske miljøet og blant deltagende forskere.

Fallforebygging med teknologi

I 2017 ble 300 intrahospitale fall rapportert i avvikssystemet i UNN, hvorav cirka 1/3 var registrert i Medisinsk klinikk. Etter et innovasjonsprosjekt for å forebygge fall ved bruk av teknologi, var antall fall redusert med hele 55 prosent.

Tekst: Jan Eskil Severinsen • Foto: Per-Christian Johansen

Ved Geriatrisk sengepost i Medisinsk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) var det å melde fra om fall en sentral del av arbeids-hverdagen. Fall med skade får ofte alvorlige konsekvenser, og utgjør også store samfunnsøkonomiske kostnader. Tidligere målrettet arbeid med å redusere antall fall hadde ikke hatt ønsket effekt, så et teknologisk innovasjonsprosjekt ble etablert.

– Vi startet med å registrere alle fallene, gjennom hele døgnet, slik at vi fikk en nullpunktsmåling og en referanse å sammenligne med når vi i neste omgang skulle vurdere gevinster og effekter. Vi kartla hva andre hadde gjort, hva som fantes av teknologi, og ble enige om våre funksjonelle og tekniske krav til teknologien. Vi hadde ikke mye ressurser eller finansiering, så det var naturlig å prøve ut eksisterende hyllevarer, sier prosjektleder Tove Normann.

TVERRFAGLIG SAMARBEID

Pilotprosjektet ble gjennomført på to lokalisasjoner (Geriatrisk sengepost i UNN Tromsø og Medisinsk avdeling i UNN Narvik), og utprøvingen startet høsten 2019. Prosjektet valgte tre ulike teknologier for utprøving. Digitalt tilsyn ved bruk av RoomMate, som er en multisensor monteret på veggen, og som blant annet registrerer bevegelse. Det vil si at de ansatte får varsel før pasienten faller, eksempelvis gjennom anonymiserte bilder fra rommene som sender varsler til smarttelefoner hos syke-

pleierne på vakt. Disse vil vise om pasienten reiser seg opp fra sengen, forlater sengen eller faller inne på rommet. I tillegg ble sengene utstyrt med sengematter som varsler dersom pasienten setter seg opp. Noen pasienter fikk også tilbud om vandrealarm, som varsler dersom pasienten forlater avdelingen. Sengemattene og vandrealarm ble integrert med eksisterende pasientvarslingssystem fra Ascom.

– Kommunehelsetjenesten i Norge er godt kjent med RoomMate, men så langt vi kjente til, hadde sykehusene lite erfaring med fallforebyggende teknologier, og systemet hadde ikke vært brukt i sykehusene tidligere. Den største problemstillingen i sykehus er at pasientene gjerne ikke har enerom, og ivaretagelse av personvern ble en utfordring på rom med flere pasienter. Vi har fire enerom og kun to RoomMate som vi måtte flytte mellom disse, og det var en lettelse da vi etter hvert fikk egne sensorer til alle enerommene, sier Inger-Lise Høgtun, seksjonssykepleier ved Geriatrisk avdeling.

Dette var det første prosjektet med velferdsteknologi og digitalt tilsyn i sykehus, og tverrfaglig samarbeid var essensielt for å få prosjektet i gang. Det var tekniske utfordringer og flere runder med avklaringer rundt personvern. Prosjektet har vært et pionerarbeid da dette er teknologi som i utgangspunktet ikke er laget for sykehus, men for sykehjem og hjemmetjeneste. Teknologien måtte

testes og tilpasses i sengeposter med flersengsstuer, flyttbare senger, mye aktivitet på pasientrommene og stadige omrokeringer på pasienter og rom.

– Vi hadde fire superbrukere, tre sykepleiere og én helsefagarbeider på avdelingen. Ledelsesinvolvering, godt tverrfaglig samarbeid, god informasjon og opplæring har vært nøkkelfaktorer for å få dette til, sier Normann.

STOR FORBEDRING

Våren 2020 var prøvedriften over og effekten var tydelig for alle. Fra 34 fall hvorav 18 med skade over en periode på tre måneder før prosjektet startet, til 9 fall hvorav 7 med skade. Styringsgruppen var klar i sin tilbakemelding: Dette må implementeres, vi har ikke råd til å la være.



Sengematter til alle pasienter er blant tiltakene Inger-Lise Høgtun, Kristin Thorsteinsen og Catarina Helle Strømsli Johansen ved sengeposten tok i bruk med svært gode resultater.



Prosjektleder Tove Normann.

– En suksessfaktor for å få implementert prosjektet var samarbeidet med Teknisk avdeling, og en avtale om videre drift. Den tekniske forvaltningen skjer nå i samarbeid med leverandøren. Leverandør og Helse Nord IKT har også vært på tilbudssiden for å løse utfordringer underveis, sier Høgtun.

TRYGGERE ARBEIDSHVERDAG

I dag er alle sengene utstyrt med sengematter, og RoomMate er etablert på alle enerom.

– Vi presenterte prosjektet på den regionale pasientsikkerhetskonferansen i 2020, og fikk mange henvendelser fra andre avdelinger i UNN, men også fra andre sykehus. Etter hvert har det kommet henvendelser fra sykehus i hele landet som ønsker å prøve det samme. En annen viktig effekt er at de ansatte sier de føler seg tryggere på jobb. De får brukt tiden sin mer effektivt ved at teknologien gir tidlig varsel dersom pasienten av ulike årsaker ikke ringer på etter hjelp. Samtidig erfarte de at pleiere kan passe på «på avstand» og at de ikke trenger å forstyrre pasienten unødig, sier Normann.

Selv om mye er på plass, jobbes det med å videreutvikle løsningene.

– Våre pasienter trenger mye hjelp, og teknologi er en god støtte. Vi ser muligheter for videreutvikling, dette er bare starten på velferdsteknologien hvor vi ønsker å ha en tydelig rolle. Det blir ikke mindre geriatri i sykehusene i årene som kommer, så dersom vi som brukere får være med å utvikle de gode løsningene har vi kommet langt, sier Høgtun.



Geriatrisk sengepost ved UNN Tromsø reduserte antall intrahospitale fall med 55 prosent. Bak fra venstre: Stine Skjervengen, Johanne Hemmingsen, Silje Eriksen, Hilde Solberg, Rebecca Carin Nilsen. Foran fra venstre: Vivian Kleih, Catarina Helle Strømsli Johansen, Else Kristin Jensen, Dorte Luschert, Inger-Lise Høgtun, Meene Kappfjell-Åhren, Fartun Yusuf Hussein.

FAKTA

- Innovasjonsprosjektet «Fallforebygging i sykehus ved hjelp av teknologi» har vært gjennomført i to sengeposter ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i perioden september 2018 til april 2020.
 - Hensikten har vært å forebygge fall ved å teste ut fallforebyggende teknologi i sykehus som kan gi tidlig varsling slik at pleierne kan fange opp risikopasienter før de faller. Vi har utredet om teknologi kan bidra til å øke pasientsikkerheten og forebygge fall, pilotert og implementert teknologier i begge sengepostene.
 - Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner og kan ha store negative konsekvenser. 10-20 prosent av fallene i sykehjem gir alvorlig skade. Norge er blant de landene som har flest hoftebrudd med omlag 9000 på landsbasis, de fleste pasientene er over 80 år. Et fall med påfølgende hoftebrudd er en stor belastning for pasienten. Hoftebrudd har en mortalitet på 25 prosent etter ett år og mange får svært redusert livskvalitet etter sykehusoppholdet.
 - Det synes å være lite erfaringer med teknologi som skal forebygge fall i sykehus. Prosjektet har vært et pionerarbeid da det har testet teknologi som i utgangspunktet ikke er laget for sykehus, men for sykehjem og hjemmetjeneste.
 - Prosjektet har vært tverrfaglig organisert med ressurser og ledere i sengeposter, superbrukere, teknisk personell fra E-helseavdelingen og Teknisk avdeling. I tillegg har Tromsø kommune, leverandørene og Helse Nord IKT bidratt med kompetanse. Prosjektleder Tove Normann (e-helseavdelingen) og faglig ansvarlig i prosjektet, kvalitetsrådgiver Elin Teigen (Medisinsk klinikk) har arbeidet tett sammen med ledere i Geriatrisk avdeling; Inger-Lise Høgtun, Dorte Luschert og Johanne Hemmingsen.
- ### PUBLIKASJONER
- Prosjektrapport «Fallforebygging i sykehus ved hjelp av teknologi» (levert Helse Nord RHF 2020)
- ### ARTIKLER OG PRESENTASJONER
- Pingvinavisa januar 2020: <https://www.pingvinavisa.no/ny-teknologi-kan-reducere-fallskader/>
 - Pingvinavisa desember 2020: <https://www.pingvinavisa.no/tar-i-bruk-ny-fallteknologi-permanent/>
 - Pasientsikkerhetskonferansen 2021
 - Webinar arrangert av Helse Møre og Romsdal, Fagavdelingen: 28. mai 2021
 - Webinar arrangert av FHI og Norsk Fysioterapiforbund: 3. juni 2021
 - Film vist under Pasientsikkerhetskonferansen 2020: https://www.youtube.com/watch?v=Uglz_WHLgEk
 - Nominert til Helse Nords forbedringspris 2020.



Pål André Holme (54) overlege og professor ved Universitetet i Oslo og Nina Haagenrud Schultz (50) postdoktor og forsker. Begge tilknyttet Avdeling for blodsykdommer ved Oslo universitetssykehus.



Tromboser og blødning etter vaksinerings med AstraZeneca

Å legge seg på kollisjonskurs med en verdensledende vaksineprodusent midt i den verste pandemien på mange tiår krever mot og integritet. Men Pål André Holme, Nina Haagenrud Schultz og toneangivende forskere i Oslo og Tromsø var aldri i tvil. AstraZeneca-vaksinen var årsaken til akutt og livstruende sykdom blant en liten gruppe nyvaksinerte.

Tekst og foto: Anders Bayer

EN ALVORLIG OG FORVIRRENDE TILSTAND

– Det kliniske bildet var dominert av svært alvorlige blodpropper på uvanlige steder, kombinert med et meget lavt antall blodplater, forklarer Pål André Holme. – Det var den 6. mars 2021, og vi visste da ikke hva vi hadde med å gjøre.

Hypotesen om en sammenheng mellom tilstanden og AstraZeneca

vaksinen ble skapt allerede en uke senere etter at vi hadde fått inn den tredje pasienten med liknende sykdomsbilde. Det var ingen andre fellesnevner blant disse tidlige friske helsearbeiderne.

Mistanken vokste seg raskt sterkere, forteller Pål, som straks startet behandling med immunoglobuliner og steroider. Dette viste seg raskt å ha effekt og ble derfor standard-

behandling for tilstanden, som vi ga navnet VITT (vaksineindusert immun trombotisk trombocytopeni)

– Fortell om samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus (OUS) og Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)?

– Prøver av pasientene ble sendt til ulike laboratorier ved OUS – men

like viktig, til Tromsø, der UNN har et spesiallaboratorium for blodplater. Tromsøkollegene ble essensielle i arbeidet vi stod i.

Nina fortsetter: – Da vi ringte UNN mandag morgen for å sjekke om prøvene var kommet frem, hadde våre kolleger i nord allerede kontaktet OUS i lys av det de hadde hørt i media. De sto derfor klare med én gang – og visste akkurat hva de skulle lete etter.

RÅESTE EVER

– Dette er noe av det råeste jeg har opplevd noen gang, utbryter Pål. Den enorme entusiasmen, motivasjonen og engasjementet fra alle de kompetente personene vi fikk samlet sammen for å løse dette raskest mulig. Alle la alt annet til side og fokuserte 100 prosent på temaet, for å få en raskest mulig avklaring av hva dette kunne være.

– Vi sendte det første utkastet til New England Journal of Medicine tre dager senere, forteller Nina.

– VITT var forårsaket av en immunologisk reaksjon som det ble nødvendig å studere nærmere. Det ble essensielt å samarbeide med de ulike spisskompetansegruppene her ved OUS, som Immunologisk institutt og Institutt for indre-medisinsk forskning. Vi måtte se videre på de immunkompleksene som ble dannet, samt finne årsaken til hvorfor de utløste situasjonen med de lave blodplatene og dannelsen av blodpropper.

– Hva vil disse funnene og forskningsresultatene bety for fremtiden?

– Dette har allerede fått stor betydning, sier Nina. – AstraZeneca-vaksinen blir fremdeles brukt over store deler av verden. Dødeligheten ved VITT har gått kraftig ned etter at denne komplikasjonen ble identifisert. I dag vil syndromet bli gjenkjent og rett behandling kan starte umiddelbart.

– Opplevde dere et dilemma ved å gå aktivt ut med negativ opplysninger om vaksinen i den fasen av pandemien verden stod i, våren 2021?

– Oh yes, sier Pål intuitivt. Det var et dilemma. Vaksinerings skulle være veien ut av pandemien. Det var derfor sterke krefter bak prinsippet om å rulle ut dette programmet, koste hva det koste ville. Men det var vår plikt å si ifra om at her skjedde det ting som ikke var greit. Dette gjaldt særlig overfor den yngre del av befolkningen, der det viste seg at VITT ble en større trussel for alvorlig sykdom og død enn det covid-19 utgjorde i seg selv.

– Her synes jeg Folkehelseinstituttet bidro med en god og ryddig jobb. De var lydhøre og fulgte godt med på hva som skjedde, avslutter Pål. Men ja – det var en del som hvisket oss i øret at nå var fallhøyden stor. «Håper dere vet hva dere driver med», «Så det eneste norske forskning skal bidra med nå er å skape vaksineskepsis»... Heldigvis tok de feil.

FAKTA

- Forskningsprosjektet «Tromboser og blødning etter ChAdOx1 nCoV-19-vaksinering (AstraZeneca)» startet ved Oslo universitetssykehus mars 2021 og er fullfinansiert internt.
- Det ble oppdaget alvorlig sykdom og brå død blant enkelte yngre voksne vaksinert med AstraZenecas vaksine. Forskningsprosjektet har definert tilstanden VITT (vaksineindusert immun trombotisk trombocytopeni).
- Ledes av professor overlege Pål Andre Holme og inkluderer følgende forskere ved OUS og UNN: Nina H. Schultz, Ingvald H. Sørvoll, Annika E. Michelsen, Ludvig A. Munthe, Fridtjof Lund-Johansen, Maria T. Ahlen, Markus Wiedmann, Anne-Hege Aamodt, Thor H. Skattør, Geir E. Tjønnfjord, Sverre Holm, Hassen Kared, Xiang Yi Kong, Tuva B Dahl, Tuula A Nymann, Cathrine Fladeby, Ingebjørg Seljeflot, Thor Ueland, Maria Stensland, Siri Mjaaland, Guro Løvik Goll, Lise Sofie Nissen-Meyer, Pål Aukrust, Karolina Skagen, Ida Gregersen, Mona Skjelland og Bente Halvorsen.

PUBLIKASJONER

- Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. *The New England Journal of Medicine*, June 3, 2021; 384:2124-2130. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2104882>
- Immune complexes, innate immunity, and NETosis in ChAdOx1 vaccine-induced thrombocytopenia. *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 39, 14 October 2021, Pages 4064-4072 <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/39/4064/6354117>
- Clinical Features of Vaccine-Induced Immune Thrombocytopenia and Thrombosis. *New England Journal of Medicine*, October 28, 2021; 385:1680-1689. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2109908>

Rusavhengiges vei til rusfrihet

Rusmiddelavhengighet øker på verdensbasis, og tar årlig flere liv i Norge. I Stavanger følges rusavhengige tett over lang tid for å kartlegge hva som må til for å bli rusfri.

Tekst: Lisa Aasbø • Foto: Svein Lunde

– Den enkeltes rusavhengighet er kompleks, og det samme gjelder veien til rusfrihet. I sju år har vi kartlagt hva som avgjør om en person med rusmiddelavhengighet blir rusfri eller får tilbakefall. Internasjonalt er studien vår en av svært få studier som følger rusavhengige over så lang tid, sier Aleksander Hagen Erga, prosjektleder og forskningsleder i Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR).

TETT OPPFØLGING

Forskerne i Stavanger-studien om avhengighet og forløp (STAYER) har gjort flere grep for å unngå fellene som ofte oppstår i avhengighetsforskning. Nå er studien, med sine 208 deltakere, inne i sitt tiende år. Tett kontakt med deltakerne har gitt uttelling.

– Det er vanlig å tenke at man i forskning studerer mennesker som objekter. I rusavhengighetsforskning er det viktig med trygge relasjoner til deltakerne. Hvis ikke vil folk droppe ut. I løpet av ti år har 70 prosent av deltakerne blitt værende i studien, og det er normalt å miste halvparten av deltakerne i løpet av det første året, sier ph.d.-stipendiat og sosionom Thomas Svendsen.

Svendsen har, sammen med Anne Lill Njå, fulgt over 200 deltakere de siste ti årene. Annenhver uke har deltakerne svart på tekstmeldinger om hvor mye de har ruset seg, og



Thomas Svendsen og Aleksander Hagen Erga forsker på hva som skal til for å bli rusfri.

om de er i behandling. Det er også viktig at deltakerne ikke blir utelukket fra studien hvis de begynner å bruke rusmidler igjen. Det er et vanlig eksklusjonskriterium i mange studier som følger rusavhengiges vei til rusfrihet.

– Selv om folk fortsetter å ruse seg, kan de bidra med viktig kunnskap. Vi tenker at det er en god måte å bruke folks erfaringer og ressurser på. Om du ruser deg aktivt, er du gjerne ikke i fora hvor du blir hørt. Det gjør du hos oss, sier Svendsen.

DEN KOMPLEKSE TILFRISKNINGSPROSESSEN

Ifølge Svendsen er veien til rusfrihet mye lenger enn veien inn i rusen, i motsetning til de oppfatningene som tidligere har rådet i rusavhengighetsforskningen. I lang tid har det manglet oversikt og beskrivelse av hva som påvirker om den enkelte blir rusfri eller ikke.

– Dette handler om mye mer enn medisiner og rus. Det kan handle om sosialt nettverk, meningsfulle aktiviteter, fysisk og psykisk helse.

I tillegg kommer andre faktorer som vi trenger for å ha det bra, som trygg økonomi og stabilitet i boforhold, sier Svendsen.

Forskerne har funnet at de fysiske og psykiske symptomene ved nylig rusfrihet som regel bedres i løpet av det første året. Dette kan være symptomer på ADHD, angst og depresjon. Etter tre måneder vil de fleste nylig rusfrie oppleve at de psykiske symptomene gradvis forsvinner.

Samtidig viser resultatene fra studien at tilhørighet i samfunnet og den enkeltes identitetsforståelse, også er en sentral del av det å bli bedre.

– Å bli bedre er ikke bare preget av færre symptomer, men også av identitetsutvikling. Det handler om endringer i forståelsen av seg selv, rusmiljøet, forholdet til autoriteter og behandlingsapparatet, sier Erga.

BEHANDLING TILPASSET DEN ENKELTE

Pasienter med rusavhengighet har ulike behov i tilfriskningsprosessen, og opplever plager i ulik grad. Behandling tilpasset den enkeltes utfordringer er viktig for å minske risikoen for tilbakefall.

– Noen pasienter har en lang historie i rusmiljøet, og har lite kjennskap til et liv uten rus. Andre har psykiske og kognitive plager som følge av deres rusbruk og tilhørighet i rusmiljøet. De har gjerne behov for målrettede tiltak for å bedre sin psykiske helse og kognitive fungering. For psykiske plager finnes det gode metoder for behandling, men for behandling av kognitive utfordringer er det behov for utvikling av nye metoder, sier Erga.

BEDRING TAR LANG TID

En gruppe blant personer med rusavhengighet som tidligere er lite studert, er pasientene med borderline intellektuell fungering. Diagnosen kjennetegnes blant annet av et lavere IQ-nivå og utfordringer med å ta til seg informasjon, gjennomføre oppgaver og regulere atferden sin. Om man som pasient i rusbehandling har

vansker med å ta til seg informasjon og bruke informasjonen i det daglige livet utenfor behandlingen, vil utfallet av behandlingen bli påvirket i en negativ retning.

Å bli bedre er ikke bare preget av færre symptomer, men også av identitetsutvikling

Aleksander Hagen Erga
Prosjektleder og forskningsleder,
Helse Vest (KORFOR)

– Basert på funn og det vi vet fra klinisk praksis, har vi grunn til å anta at pasienter med lavere evnenivå har vansker med å dra nytte av behandlingen. Men selv om pasientens IQ-nivå er lavere, ser vi

at noen kognitive hjernefunksjoner forbedrer seg ved ruslutt, sier Erga.

Studien viser at 18 prosent ligger innenfor det som kalles for borderline intellektuell fungering, og disse har også økt grad av psykisk uhelse.

Hvordan det går med pasienter med borderline intellektuell fungering i rusbehandling over tid, er noe forskerne i STAYER nå vil undersøke grundigere. Det samme gjelder kartleggingen av de andre sidene ved tilfriskningsprosessen.

– Rusavhengighet må best forstås som en svært langvarig sykdom, hvor bedringsprosessen går over flere år. Resultatene er viktige for organisering av kliniske tjenester og hvordan behandling kan tilpasses individet i større grad enn slik praksis er i dag, sier Erga.

FAKTA

- Stavanger-studien om avhengighet og forløp – STAYER-studien – startet opp ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) og forskningssenteret KORFOR i 2012. Datainnsamlingen startet i 2015, og avsluttes i 2025.
- Målet er å kartlegge kompleksiteten i rusavhengiges tilfriskningsprosess i et langtidsperspektiv. Studien startet rekruttering av deltakere i 2012, og er nå på sitt tiende år. Datainnsamlingen er ferdig i 2025.
- Det er 208 deltakere i studien, og den har et aldersspenn fra 16 til 65 år. Flere av deltakerne bruker, eller har tidligere brukt flere ulike rusmidler.
- Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) er betegnelsen på rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten. Behandlingen er et samarbeid mellom pasienten selv, består av tverrfaglige samarbeid og gis primært gjennom poliklinisk behandling eller døgntilbud.
- STAYER-prosjektet ledes av psykolog Aleksander Hagen Erga. Flere ved forskningssenteret KORFOR har vært involvert, og det er per i dag fem doktorgradsprosjekter ved ulike universiteter og høyskoler som bygger på data fra studien.

REFERANSER

- Hetland J, Braatveit KJ, Hagen E, Lundervold AJ, Erga AH. Prevalence and Characteristics of Borderline Intellectual Functioning in a Cohort of Patients With Polysubstance Use Disorder. *Front Psychiatry*. 2021 Jul 14;12:651028. doi: 10.3389/fpsy.2021.651028. PMID: 34335320; PMCID: PMC8316764.
- Bjornestad J, Svendsen TS, Slynghstad TE, Erga AH, McKay JR, Nesvåg S, Skaalevik AW, Veseth M, Moltu C. "A Life More Ordinary" Processes of 5-Year Recovery From Substance Abuse. *Experiences of 30 Recovered Service Users*. *Front Psychiatry*. 2019 Sep 18;10:689. doi: 10.3389/fpsy.2019.00689. PMID: 31620036; PMCID: PMC6759477.
- Hagen E, Erga AH, Hagen KP, Nesvåg SM, McKay JR, Lundervold AJ, Walderhaug E. One-year sobriety improves satisfaction with life, executive functions and psychological distress among patients with polysubstance use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2017 May;76:81-87. doi: 10.1016/j.jsat.2017.01.016. Epub 2017 Jan 31. PMID: 28159440.

Trening – ikke operasjon – for knesmerter

– Trening er medisin, men det krever noe av pasienten, sier forskere fra Oslo universitetssykehus. Sammen med danske, svenske og norske kollegaer har de funnet ut at effekten av treningsterapi ved meniskskader er like god som ved kirurgi.

Tekst: Ståle Tvette Vollan • Foto: Ståle Tvette Vollan og Shutterstock

Forskningen gir et klart signal til dem som tenker at operasjon er veien ut av knesmertene: Du bør trene! Men det kommer an på hvilke knesmerter, og på innsatsen din.

– Sier vi artrose, tenker folk slitasjegikt og alderdom, altså noe de ikke kan gjøre noe med, sier prosjektleder May Arna Risberg. Men med utgangspunkt i ny forskning er det faktisk motsatt. Det er ikke bare gamle som får artrose og det kan gjøres noe med!

Kollegaene på Forsknings- og utviklingsavdelingen ved Ortopedisk klinikk ser mange som setter seg ned med kneet sitt, snakker med fastlegen og kanskje får en operasjon.

I dag ser vi bedre prognoser med trening.

SPREDNING I MEDIA, BRUKER-MEDVIRKNING OG AKTIVA-MODELLEN

Prosjektet «The Odense Oslo Meniscectomy versus Exercise (OMEX) trial» har sammenlignet effekten av operasjon og treningsterapi for knesmerter hos middelaldrende personer. Resultatene fra prosjektet formidles nå bredt til pasienter, fastleger og ortopedier ved å være en viktig del av det kunnskapsbaserte behandlingsprogrammet for kne- og hofteartrose i Norge, AktivA.

Modellen er et program med trening, vektreduksjon og informasjon som implementeres over hele landet. Det

er også opprettet et kvalitetsregister der pasienter og fysioterapeuter legger inn data som gjør det mulig å overvåke kvaliteten av førstelinjebehandlingen for artrose som foregår i primærhelsetjenesten.

OPERERER KNÆR UTEN ØNSKET EFFEKT

I realiteten er en slitt menisk kanskje bare et symptom på en tilstand du kan trene deg bedre av.

– Da gir det liten mening å operere og skrape vekk en slitt del av menisken. Leddene og beinstrukturen i skjelettet vårt blir bedre av å bli brukt, forklarer Risberg, som også er professor ved Norges idrettshøgskole.

Professor og fysioterapeut May Arne Risberg er glad for at hennes egne kollegaer, de ortopediske kirurgene, er interessert i studien, og at de ikke tvilholder på å operere. Resultatene fra denne forskningen får nå betydning for behandlingen sykehusene tilbyr.

Resultatet fra dette prosjektet har hatt stor internasjonal og nasjonal interesse. På bakgrunn av resultatene etter to år, tok British Medical Journal initiativ til en klinisk behandlingsretningslinje som fraråder artroskopisk kirurgi som førstevalg ved denne type knesmerter.

DU KAN GJØRE NOE – TRENING HJELPER

Risberg veiledet på doktorgraden til



To fysioterapeuter: Professor May Arna Risberg veiledet postdoktor Bjørnar Berg på ph.d.-avhandlingen «Long-term consequences of degenerative meniscal tears in middle-aged patients», 20. januar 2022.

Bjørnar Berg. Han disputerte i januar 2022 på langtidskonsekvenser etter behandling for degenerativ menisk. Berg og medarbeidere har sammenlignet knepasienter som ble behandlet med kirurgi, med en annen gruppe som kun trente. Treningsterapi resulterte i like gode resultater som kirurgi, og med ytterligere fordeler for økt muskelstyrke. Studien inkluderte 140 middelaldrende pasienter med knesmerter og en degenerativ meniskruptur.

– Gruppen middelaldrende mennesker med knesmerter er kjempestor, forklarer Berg. Gjennom denne nye forskningen viser vi at operasjon av menisken er unødvendig hos denne pasientgruppen. En slitt menisk, kalt degenerativ meniskruptur, er bare et tidlig tegn på artrose.

LA OSS SLUTTE Å SNAKKE OM SLITASJEGIKT

– Og ja, alder er en faktor for det videre forløpet, men det er misforstått at vi sliter vekk bruskk og ligamenter ved å bruke leddet, sier Bjørnar Berg.

– Du må opp av sofaen for å bli bedre i kneet. Slitasjegikt er en sovepute, sier han bestemt.

– På sikt vet vi at det er en klar sammenheng mellom trening, fysisk aktivitet, økt muskelstyrke og bedring i leddets øvrige funksjoner. Du får mindre smerte og bedrer funksjon med trening.

NORDISK SAMARBEID

Initiativet til studien kom fra Danmark, fra professor Ewa Roos ved Syddansk Universitet. I dag står forskerne ved OUS sammen i et internasjonalt nettverk som studerer dette.

Selv om akkurat denne studien tok utgangspunkt i pasienter fulgt opp i fem år, er OUS snart ferdig med oppfølgingen etter ti år.

– Dataene vi samler inn, gir også en unik mulighet til å se hvilke faktorer som påvirker smerte og knefunksjon på lang sikt, sier Berg.

– Vi kan ikke gjøre noe med hvilket kjønn og alder vi har, men vi har store muligheter til å påvirke såkalte modifiserbare risikofaktorer, som inaktivitet, høy BMI, lav mestrings-tro og lav muskelstyrke, sier den nyslåtte postdoktoren.

– Sterkere lårmuskler beskytter også mot utvikling og progresjon av artroseforandringer i kneet. Det er fysisk aktivitet og trening for å øke eller vedlikeholde styrke over år som gir et bedre ledd. Rett og slett, avslutter Bjørnar Berg, som vil fortsette å arbeide med langtidskonsekvenser hos denne pasientgruppen og betydningen av behandlingsvalg.

PASIENTRAPPORTERTE RESULTATER

En del av datagrunnlaget for studien er spørreskjema der pasientene rapporterte opplevde forandringer i smerte og knefunksjon, muskelstyrketester og røntgen for å vurdere artroseforandringer.

– Veiledning om trening og fysisk aktivitet er beste medisin, spesielt med tanke på langtidsresultater for personer med degenerativ menisk eller tidlig artrose, avslutter May Arna Risberg.



FAKTA

- Prosjektet «The Odense Oslo Meniscectomy versus Exercise (OMEX) trial» er et internasjonalt samarbeidsprosjekt mellom OUS og Syddansk Universitet i 2009 og er gjennomført på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge.
- SydDanske Universitet, Lund Universitet i Sverige, Martina Hansen Hospital, Norsk idrettsmedisinsk institutt (Nimi) og Gnist Trening og Helse deltar også.
- Helse Sør-Øst finansierte to ph.d.-stillinger, i tillegg til videreføringsstipend for å samle inn data etter ti år.
- Artrose er en leddsykdom som hyppigst rammer knærne og over tid medfører sekundære forandringer på leddbrusk og subkondralt bein. Degenerative meniskrupturer er et tidlig tegn på artrose hvor det uten akutt traume oppstår forandringer på støtdempende bruskkiver i kneet. Kjennetegnes ved plutselig eller gradvis utvikling av aktivitetsrelaterede og kroniske smerter samt funksjonsnedsettelse.
- Du kan lese mer om AktivA på www.aktivmedartrose.no.

PUBLIKASJONER

- Berg B, Roos EM, Englund M, Kise NJ, Tiulpin A, Saarakkala S, Engebretsen L, Eftang CN, Holm I, Risberg MA. Development of osteoarthritis in patients with degenerative meniscal tears treated with exercise therapy or surgery: a randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2020 Jul;28(7):897-906. doi: 10.1016/j.joca.2020.01.020
- Berg B, Roos EM, Kise NJ, Engebretsen L, Holm I, Risberg MA. Muscle Strength and Osteoarthritis Progression After Surgery or Exercise for Degenerative Meniscal Tears: Secondary Analyses of a Randomized Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022 Jan;74(1):70-78. doi: 10.1002/acr.24736.
- Kise NJ, Risberg MA, Stensrud S, Ranstam J, Engebretsen L, Roos EM. Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *BMJ*. 2016 Jul 20;354:i3740. doi: 10.1136/bmj.i3740.



Det er misforstått at vi «sliter vekk» bruskk og ligamenter ved å bruke leddet. Du må opp av sofaen for å bli bedre i kneet.

Jakter objektive mål på psykisk sykdom

Kunnskap om forskjeller i måten psykisk syke beveger seg på, vil på sikt kunne gi forbedret pasientbehandling og mer presis diagnostikk, tror forsker bak ny studie.

Tekst: Kai Kristiansen • Foto: Geir Otto Johansen

– Det er dette med å prøve å få noe målbart inn i psykiatrien som har vært målet, sier Karoline Krane-Gartiser, lege i spesialisering ved St. Olavs hospital og tidligere postdoktor ved NTNU.

Krane-Gartiser er prosjektleder for en studie som har hatt til hensikt å utvikle objektive kliniske verktøy som kan forbedre diagnostikk og oppfølging av bipolar lidelse – og på sikt føre til en mer persontilpasset behandling av stemningslidelser.

For mens det på mange medisinske fagområder finnes objektive sykdomsmarkører, som blodprøver og billediagnostikk, finnes det lite tilsvarende støtte til kliniske vurderinger ved psykisk sykdom.

Helt konkret har studien undersøkt om variasjon i bevegelsesmønstre kan være en markør for ulike sykdomsfaser ved bipolar lidelse, både ved depresjon, mani og nøytralt stemningsleie. Prosjektet bygger på hennes doktorgradsprosjekt der hun fant forskjeller på objektivt målte bevegelsesmønstre hos akuttinnlagte pasienter i psykiatrien, nærmere bestemt på Østmarka i Trondheim.

– Vi så at det var objektive forskjeller i bevegelse og aktivitet hos personer med mani og depresjon, noe som ikke var overraskende i seg selv. Men så gikk vi videre og så på forskjeller hos deprimerte pasienter som en psykiater vurderte tempoet til, sier Krane-Gartiser. Mange

med depresjon blir trege i talen og bevegelser, mens andre blir mer urolige og har økt tempo.

FANT OBJEKTIVE FORSKJELLER

Pasientene ble utstyrt med bevegelsesmålere og delt opp i to grupper etter om de var aktive eller dempet. En sammenligning av bevegelsesmønstret i de to gruppene viste tydelige forskjeller.

Det var første gang man hadde funnet objektive forskjeller på to kategorier med ulike typer depresjon.

– Det funnet var grunnlaget for at vi utviklet det prosjektet som het BIObip – hvor vi ønsket å gå videre og se på flere diagnosegrupper, fortsatt akuttinnlagte, men også polikliniske pasienter med bipolar lidelse. Vi håpet å finne fram til forskjeller som gjorde at man kanskje kunne påvise sykdom, at en kunne skille mellom ulike sykdommer, og følge sykdommen videre for å forutsi eventuell forverring, sier Krane-Gartiser.

Hypotesen var at vi alle har et individuelt bevegelsesmønster, som et slags fingeravtrykk, og at dette forandrer seg når vi blir syke. Ikke bare når vi får covid-19 og blir febersyke og sengeliggende, men også ved psykisk sykdom, der gjerne både døgnrytmen og aktiviteten forandrer seg.

STORT POTENSIAL

Nye matematiske metoder og analysemodeller har vært en viktig del av prosjektet – matematikk som

har vært brukt til å studere uregelmessige kurver og bygger på kaos-teori. De samme metodene brukes til å analysere lydølger, vær fenomener og finanskurver. Dette er tidsserier som er veldig vanskelige å forutsi.

– På samme måte analyserer vi bevegelsesmønstre som en uregelmessig tidsserie, og ser på variasjon og hvordan de er bygd opp, og hvor strukturert eller ustrukturert mønstrene er, sier Krane-Gartiser, og fortsetter:

– Vi har greid å skille en gruppe mennesker med schizofreni fra en gruppe med mani. Både schizofreni og mani er tilstander hvor mennesker kan ha psykose. Og så har vi gjort det samme med depresjonskategoriene, og skilt mellom depresjon i en bipolar lidelse og depresjon med og uten redusert tempo. Vi har tatt ulike diagnosegrupper og sett på forskjellene i oppbyggingen av mønstre, i første omgang på gruppenivå.

Hos et par pasienter, som gikk med en bevegelsesmåler (den er som ei klokke) og som var innlagt to eller flere ganger, var det tydelig forskjell i mønster ved utvikling av symptomer. Målingene klarte å skille mellom ulike sykdomsfaser ved at mønstret hos den enkelte endret seg.

– Det er kanskje dette som er mest lovende for fremtidige større prosjekter. Hvis man kan gjøre det hos et større utvalg, så kan dette ha



Analyse av bevegelsesmønstre hos psykisk syke kan på sikt bli et nyttig tilleggsverktøy som gjør det lettere å være på sikker på at man har stilt riktig diagnose, tror prosjektleder Karoline Krane-Gartiser.



klinisk praksis. Hun håper og tror at målingene skal kunne komme pasientene til gode.

– Nå har koronapandemien lært oss at vi må ha en god del digital behandling, og da er dette verktøyet et godt bindeledd mellom kliniker og pasient. Behandleren kan følge med på søvn- eller bevegelsesmønstret eller aktiviteten fra uke til uke, og gjøre endringer deretter.

– Jeg tror det ligger mye mer i de teknologiske dingsene alle bruker, enn bare å se på treningseffekt eller telle skritt. Særlig med tanke på avstandsbehandling. Men selve det diagnostiske verktøyet, eller oppfølginga av sykdom, det ligger lenger frem i tid, sier Karoline Krane-Gartiser.

potensial til å bli en objektiv markør som man kan ta i bruk i klinikken for å støtte opp under kliniske vurderinger.

UPLØYD MARK

Bevegelsesmåling i psykiatrien er relativt nytt. Det er gjort mye forskning på søvnforstyrrelser og døgnrytmemålinger, men fokuset på aktivitet og bevegelsesmønster er upløyd mark. Særlig måten å analysere mønstret på, forteller Krane-Gartiser.

– Det er veldig mange som går med pulsklokker og bruker dem til trening. Her har vi gått veldig mye mer i detalj, og studert mønstrene på et nivå som ikke er mulig å se med øynene eller ha oversikt over selv. Vi må inn å analysere det matematisk for å få ut verdiene som er interessante. Det er nytt, sier hun.

Det er generelt veldig få objektive mål i psykiatrien. Vi bruker blodprøver og billediagnostikk til en viss grad, men mest for å utelukke andre ting. Det finnes ikke noe som kan brukes for å monitorere sykdom eller for å stille diagnoser.

– Det kan vi ikke bruke dette til heller, men det kan bli et nyttig tilleggsverktøy som gjør det lettere å være på sikker på at vi har stilt riktig diagnose. Det optimale fremtids-målet må være at vi kan fange opp sykdommen på et tidlig tidspunkt, komme tidlig i gang med behandling, eller at vi kan fange opp nye episoder,

kroniske eller episodiske lidelser, som bipolar lidelse.

DIGITAL BEHANDLING

– Vi så for oss et framtidsscenario hvor pasienter går med denne klokka, hvor mønstret ble analysert automatisk, og at det kan gå en beskjed til behandler hvis mønstret utvikler seg, sier Krane-Gartiser.

Hun tror klinikerne som har vært med på prosjektet har fått en bedre forståelse av aktivitet og døgnrytmer generelt og er mer obs på det i

FAKTA

- Prosjektet «BIObip: Variability in Motor Activity as a Potential Biomarker for Bipolar Disorder» ble startet ved St. Olavs hospital/NTNU i 2016 og avsluttet i 2020. Finansieringskilder: Helse Midt-Norge RHF/Samarbeidsorganet, St. Olavs hospital, The Unger Vetlesen Medical Fund.
- Forsknings spørsmålet i prosjektet var å undersøke om variasjon i bevegelsesmønstre kan være en markør for ulike sykdomsfaser ved bipolar lidelse (depresjon, mani og nøytralt stemningsleie). I et samarbeid mellom psykiatri, matematikk og teknologi var målet å bidra til å utvikle objektive kliniske verktøy som kan forbedre diagnostikk og oppfølging av bipolar lidelse og føre til en mer persontilpasset behandling av stemningslidelser. Datamaterialet er hentet fra kliniske

prosjekter og registre fra Østmarka i Trondheim, i tillegg til et stort fransk datamateriale om bipolar lidelse.

- Prosjektleder: Karoline Krane-Gartiser, lege i spesialisering ved St. Olavs hospital og postdoktor fra NTNU. Helseforetak/sykehus og enhet: Helse Midt-Norge RHF/St. Olavs hospital (Divisjon psykisk helsevern) og Institutt for psykisk helse (IPH), NTNU.

PUBLIKASJONER

- Krane-Gartiser K, Henriksen TEG, Morken G, Vaaler AE, Fasmer OB. Motor activity patterns in acute schizophrenia and other psychotic disorders can be differentiated from bipolar mania and unipolar depression. *Psychiatry Res.* 2018 Dec;270:418-425. doi: 10.1016/j.psychres.2018.10.004. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30312969.



Skreddersydd statin-behandling redder liv

John Munkhaugen og kolleger har utviklet en ny metode for å påvise nivåer av kolesterolsenkende medikamenter i blodet. Metoden er unik i verdenssammenheng og vil trolig bidra til bedre behandling og redde liv.

Tekst og foto: Lars-Erik Vollebæk

John Munkhaugen er enhetsoverlege for forskning i Medisinsk avdeling på Drammen sykehus. Sammen med kolleger og samarbeidspartnere har han utviklet nye metoder for å måle atorvastatin og simvastatin i blod. Metodene vil om få år kunne være med å gjøre behandlingen med kolesterolsenkende medisin (statiner) mer effektiv og målrettet.

– Bakgrunnen for vår interesse for å forske på statiner springer ut fra kliniske observasjoner. Mange som ble innlagt med hjerteinfarkt stod ikke på statiner eller brukte for lave doser, forteller John Munkhaugen.

Alvoret understrekes av kunnskapen om at statinene er blant våre aller mest effektive medisiner som reduserer sykdom og død med 30-40 prosent.

Munkhaugen startet derfor en studie som inkluderte pasienter fra sykehusene i Drammen og Vestfold. Resultatene viste at mange ikke brukte statiner i det hele tatt og at flertallet ikke nådde sine behandlingsmål til tross for at de tok kolesterolsenkende medisin.

GOD TRADISJON

Norske forskningsmiljøer har vært viktige bidragsytere i forskning på sammenhengen mellom høyt kolesterol og hjertesykdom.

John Munkhaugen er derfor i godt selskap når han og hans kolleger tar forskningen videre.



Enhetsoverlege for forskning på Medisinsk avdeling, Drammen sykehus, John Munkhaugen mener nå at man har verktøyene som skal til for å bedre behandlingen for høyt kolesterol.

Etter 30 år er det godt dokumentert at høyt LDL-kolesterol er viktig for utvikling av hjerte- og karsykdom, og at senkning av dette reduserer både sykkelighet og dødelighet. I dag får mer enn én av ti nordmenn foreskrevet statiner for å forebygge hjerte- og karsykdom, dvs. over 600 000 mennesker.

TRE FAKTORER

Når tre av fem pasienter ikke når behandlingsmålene, var det naturlig å stille spørsmålet om årsaken.

– Vi hadde tre forklaringsmodeller for hvorfor så få nådde behandlingsmålene. Det ene var bivirkninger, som førte til at pasientene ikke tok medisinen. Det andre var om dosene generelt var for lave. Den tredje faktoren var etterlevelse. Var det sånn at mange slurvet eller ikke

tok medisinen til tross for at den var foreskrevet, sier Munkhaugen.

DOSERING OG KOLESTEROL IKKE NOK

Kolesterolverdiene varierer kraftig til tross for sammenlignbare doser, og kolesterolverdiene i seg selv er derfor ikke en god markør for hvordan pasientene etterlever behandlingen.

Dermed startet et omfattende arbeid med å utvikle en laboratorieanalyse som kan måle nivået av den virksomme medisinen i blodet.

– Vi har vist at vi kan måle etterlevelse ved å måle nivået av statiner i blodet. Det gir et bedre utgangspunkt enn tidligere for å sikre optimal behandling, sier Munkhaugen og fortsetter: Dette kan bli et nyttig tilleggsværktøy for fastleger og

andre som behandler og følger opp pasienter som bruker statiner. Hvis prøven viser at pasienten har for lave verdier av statiner i blodet, kan det danne grunnlag for en viktig dialog mellom lege og pasient om mulige årsaker til dette, sier han.

Metoden for å bestemme etterlevelse ved måling av statiner i blod, er Munkhaugen og hans kolleger først i verden med. Han tror det vil bli et verktøy som kan redde liv.

– Om lag ti prosent av alle hjerte-relaterte dødsfall i Europa er antatt å skyldes dårlig etterlevelse av behandlingen, sier han.

MANGE FORKLARINGER

Munkhaugen mener forklaringen på hvorfor behandlingen ikke etterlevs er sammensatt.

– Det kan være så enkelt som forglemmelser, eller vansker med å holde orden på medisinene. Enkelte føler nok at de må tilfredsstille legens forventninger om at de skal ta medisinen, selv om de ikke gjør det. Enkelte er også skeptiske til medisiner, og redd for potensielle bivirkninger, sier han.

FRYKTER BIVIRKNINGER

I statinstudiene på 90-tallet var andelen som hadde bivirkninger likt fordelt mellom de som fikk statiner og de som fikk placebo.

I klinisk praksis har bivirkninger, spesielt fra muskel og skjelettsystemet, blitt beskrevet å forekomme langt hyppigere enn i de tidlige studiene. Mellom 10 og 30 prosent rapportere muskelsmerter og stivhet.

– Statinbivirkninger har også vært en gjenganger i media, forteller Munkhaugen.

Munkhaugen og hans kolleger bestemte seg derfor for å se nærmere på forekomsten av muskelbivirkninger ved å bruke en såkalt randomisert «cross-over»-metode, gullstandarden for denne typen studier.

– Vi undersøkte pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt og som rapporterte muskelpager som de mente skyldtes statinet. Disse fikk én periode med medisin og en periode med placebo i tilfeldig rekkefølge, uten at de var klar over hva de fikk i de ulike periodene. Så spurte vi i hvilken periode pasientene hadde opplevd mest plager, forklarer Munkhaugen.

FÅ BIVIRKNINGER

Funnene er krystallklare. Det var ikke høyere forekomst av bivirkninger i perioden der deltakerne tok medisin kontra den perioden de fikk placebo. Det er altså ikke noe grunnlag for å si at statiner gir spesielt hyppige bivirkninger.

Hvordan forklarer man at det nærmest er opplest og vedtatt at man får bivirkninger, når studien viser få bivirkninger?

– Det er trolig mange faktorer. Nocebo-effekten er en av dem.

Mange har hørt om mulige bivirkninger og forventer å få det. Da vil mange også oppleve det. Det er et kjent fenomen i medisinen, forteller Munkhaugen.

– Etter at sammenhengen ble forklart grundig for deltakerne viste deg seg at 90 prosent av pasientene tålte statiner godt, og opplevde få bivirkninger, sier han.

SPRER BUDSKAPET

John Munkhaugen understreker at forskningsfunnene må ut til pasienter og helsepersonell.

– Fastlegene er en viktig gruppe. I tillegg har vi hatt større oppslag i media. Målet er at flest mulig behandlere og mulig pasienter skal vite om resultatene, slik at behandlingen blir mest mulig effektiv. Hjertesykdom i Norge har høy sykkelighet og med god kolesterolkontroll vil flere holde seg friske, avslutter Munkhaugen.

FAKTA

- Forskningsprosjektet «Muskelbivirkninger og etterlevelse ved statinbruk hos hjertepasienter med bruk av nye metoder» ble startet i 2017 og varer til 2025. Prosjektet er finansiert av regionale forskningsmidler fra Helse Sør-Øst, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Vestre Viken.
- Statiner reduserer risikoen for hjertekarsykdom og død med 30-40 prosent. Mer enn 1 av 10 nordmenn bruker statiner, men mange tar ikke sine medisiner som foreskrevet eller slutter helt på grunn av muskelbivirkninger. Forskningsgruppen har utviklet nye målemetoder for å avdekke om pasienter tar statiner som foreskrevet. De har også avklart at muskelbivirkninger ikke skyldes statiner hos de aller fleste som rapporterer slike plager. Kunnskapen kan bli viktig for å optimalisere behandling og oppfølging.
- Forskningsgruppen NORCOR (www.norcor.no) utgår fra Medisinsk avdeling, Drammen sykehus og er tverrfaglig sammensatt med spesialister i kardiologi, farma-

kologi, atferdsmedisin og medisinsk biokjemi. Sentrale samarbeidspartnere er Sykehuset i Vestfold, Avdeling for farmakologi, Oslo universitetssykehus og Avdeling for atferdsmedisin, Universitetet i Oslo.

PUBLIKASJONER

- The relationship between directly measured statin adherence, self-reported adherence measures and cholesterol levels in patients with coronary heart disease. Kristiansen, O., Sverre, E., Peersen, K., Fagerland, M.W., Gjertsen, E., Gullestad, L., Perk, J., Dammen, T., Husebye, E., Vethe, N.T., Munkhaugen, J. *Atherosclerosis*. 2021;336:23-29. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2021.09.020
- Effect of atorvastatin on muscle symptoms in coronary heart disease patients with self-perceived Dammen, T., Bergan, S., Husebye, E., Otterstad, J.E., Munkhaugen, J. *European Heart J Cardiovascular Pharmacotherapy*. 2021;3;7:507-516. doi: 10.1093/ehjcvp/pvaa076.

Professor og seksjonsoverlege Martin Kurz er prosjektleder for tverrprofesjonell simuleringstrening på behandling av hjerneslag.



Overlege Erna Skomedal og lege Irene Søndena simulerer mekanisk fjerning av blodpropp, også kalt trombektomi.



På Stavanger universitetssjukehus er behandlingstiden på hjerneslag redusert fra 27 til 13 minutter. Her er radiograf Janne Bore i aksjon under en simulering av trombektomi, en behandling som innebærer mekanisk fjerning av blodpropp.

Simuleringstrening redder flere liv

På verdensbasis skjer det et hjerneslag hvert tredje sekund. Rask og koordinert behandling redder liv og begrenser pasientens senskader. Ved Stavanger universitetssjukehus er oppstart av behandling for hjerneslag redusert fra 27 til 13 minutter.

Tekst: Lisa Aasbø • Foto: Svein Lunde

Skjevt smil, sammenhengende tale og delvis lammelse av kroppen er de typiske kjennetegnene på hjerneslag. Sykdommen rammer årlig cirka 12 000 mennesker i Norge. Selv om dødeligheten blant dem som blir rammet av hjerneslag har gått ned de siste ti årene, er sykdommen fortsatt en viktig årsak til alvorlig funksjonshemming med store konsekvenser for pasienter, pårørende og samfunnet som helhet.

FRA 27 TIL 13 MINUTTER

Tid er viktig i behandling av hjerneslag. Ved rask diagnostisering og behandling, kan vi redde flere liv og konsekvensene av slaget blir redusert.

Dette krever lagarbeid, presis koordinering og trygge medarbeidere. Det kommer ikke av seg selv.

Tverrprofesjonell simuleringstrening på behandling av hjerneslag startet opp ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) i 2017. Siden har det vært et fast ukentlig innslag blant dem som behandler hjerneslag på sykehuset. I helsetjenesten betyr simulering at man forsøker å etterligne virkeligheten og trene på medisinsk behandling.

Det simuleres i hele behandlingkjeden av hjerneslag på SUS – i ambulansetjenesten, på akutt-

mottaket og i videre behandling. Det har gitt resultater. Dør til nåtiden, som er tiden fra pasienten kommer inn dørene på akuttmottaket til livreddende behandling blir gitt, er redusert fra 27 til 13 minutter. Ingen andre sykehus i verden rapporterer om så rask behandlingstid.

Kortere tid er likevel ikke den viktigste konsekvensen av trening på hjerneslagsbehandling, ifølge prosjektlederen.

– Vi har oppnådd større kvalitetsforbedring enn tidsreduksjon. Vi har bedre forståelse av behandlingsprosessen og bedre kommunikasjon

mellom alle avdelingene som er involvert i behandlingen. Dermed kan vi møte de utfordringene som oppstår, og har fått til en kvalitetsforbedring av hele behandlingen, sier professor Martin Kurz, seksjonsoverlege og prosjektleder for det tverrprofesjonelle simuleringssprosjektet.

DET VIKTIGE PASIENTPERSPEKTIVET

Der er ikke tilfeldig hvem som har pasientrollen i hjerneslags-simuleringene på SUS. LHL Ung Hjerneslag Rogaland har deltatt i prosjektet siden oppstarten i 2017. Som tidligere hjerneslagpasienter, vet de hvordan det er å ligge på behandlingsbordet. Lin Iren Giske Andersen fikk hjerneslag i 2013, men fikk ikke rask nok behandling. Det merker hun godt i dag i form av hukommelseskader og kronisk



Markør Lin Iren Giske Andersen fra LHL Ung Hjerneslag Rogaland spiller en pasient som venter på trombektomi. Hun tas hånd om av lege i spesialisering Frank Giske.

utmattelse. Hun er en av flere faste markører for den ukentlige hjerneslagssimuleringen på SUS.

Martin Kurz mener at markørene fra LHL Ung Hjerneslag Rogaland bringer uunnværlige perspektiver inn i treningen. Hver simuleringsokt blir evaluert i fellesskap, og der spiller markørene en viktig rolle.

– De bidrar med nye impulser og tilbakemeldinger på hva vi gjør og hva vi burde gjøre. Pasientperspektivet i simulering er helt sentralt for å forbedre behandlingen og ivareta pasientsikkerheten. For oss var det viktig å ha dem med helt fra starten, sier Kurz.

Hjerneslagsteamene øver på de medisinske prosedyrene og samhandling internt i teamet, men også på hvordan de best kan ivareta pasienten i en sårbar situasjon.

– Det blir ofte tatt som en selvfølge at pasienten ivaretas underveis i

behandlingen, men det er det ikke. Det er viktig at pasienten føler seg trygg og ivaretatt, og at man blir sett som et menneske. Små gester kan gjøre at pasienten får en annen opplevelse av situasjonen, som at noen legger hånden på skulderen din og sier at du er trygg, sier Giske Andersen.

VEIEN VIDERE

Selv om kvaliteten i pasientbehandlingen av hjerneslag på SUS er sterkt forbedret, står de nye målene og forbedringsprosjektene i kø. Kurz peker på at målet nå er å lage et kvalitetsforbedringsprogram innenfor hjerneslag som kan brukes nasjonalt og internasjonalt.

– Det er mye vi kan ta tak i. Vi jobber med den prehospitalt behandlingen, og behandling slik at hjernecellene holdes i live lenger, altså nevroproteksjon. Vi planlegger også et forbedringsprosjekt på behandling av hjerneblødning. Det er mye å gjøre, sier Kurz.

FAKTA

- Tverrprofesjonell simuleringstrening på behandling av hjerneslag startet opp som en del av forskningsgruppen SAFER Stroke i 2017. Simuleringstreningen har siden blitt utvidet til å gjelde flere prosedyrer og ledd i behandlingsskjeden for hjerneslag.
- I 2019 fikk prosjektet støtte fra Lærdal-fondet og Helse Vest. Med midlene ble innovasjonsplattformen SIRENS Stroke (Stavanger Innovation, Research and Education Networks) og nasjonal studie for simuleringbasert trening for hjerneslag etablert.
- Simulering i helsetjenesten betyr at man forsøker å etterligne virkeligheten for å trene på medisinsk behandling. Simuleringstrening er en viktig del av spesialisthelsetjenesten, og har siden 2019 vært et myndighetskrav.
- Prosjektet ledes av seksjonsoverlege og professor Martin Kurz. Flere ved SIRENS Stroke har vært involvert i prosjektet.

REFERANSER

- Reducing door-to-needle times in stroke thrombolysis to 13 min through protocol revision and simulation training: a quality improvement project in a Norwegian stroke centre. Ajmi SC, Advani R, Fjetland L, Kurz KD, Lindner T, Qvindenland SA, Ersdal H, Goyal M, Kvaløy JT, Kurz M. *BMJ Qual Saf.* 2019 Nov;28(11):939-948.
- Kurz MW, Ospel JM, Advani R, Sandset EC, Aamodt AH, Tennøe B, Ersdal HL, Fjetland L, Ajmi S, Kurz KD, Goyal M. Simulation Methods in Acute Stroke Treatment: Current State of Affairs and Implications. *Stroke.* 2020 Jul;51(7):1978-1982.
- Ajmi SC, Kurz MW, Ersdal H, Lindner T, Goyal M, Issenberg SB, Vossius C. Cost-effectiveness of a quality improvement project, including simulation-based training, on reducing door-to-needle times in stroke thrombolysis. *BMJ Qual Saf.* 2021 Oct 1;bmjqs-2021-013398.





Lege Anne Kristine Anstensrud, overlege Kaspar Broch og overlege Lars Gullestad, alle Kardiologisk avdeling ved OUS Rikshospitalet.

Hjerteinfarkt: Hjerteinfarkt er fremdeles en av de viktigste årsakene til hjertesvikt og død i Norge og resten av verden.



Først i verden

ASSAIL-MI-studien er den første i verden til å vise at betennelsesdempende midler kan begrense skadene etter et hjerteinfarkt.

Tekst: Hedda Holth • Foto: Birgitte Kolsung og Shutterstock

Hjerteinfarkt er fremdeles en av de viktigste årsakene til hjertesvikt og død i Norge og resten av verden. Ved akutte, store hjerteinfarkt er viktigste behandling rask åpning av den tette kransåren. Dette skjer gjennom kateterbasert utblokking og stenting av den åren som har gått tett, noe som må skje i løpet av få timer etter infarkt. Slik redder man hjertemuskelen i det området av hjertet som har vært uten blodtilførsel. Denne behandlingen har bedret utsiktene ved akutt hjerteinfarkt betraktelig. Likevel er det ofte en del av hjertemuskelen som er blitt irreversibelt skadet, noe som medfører dårligere hjertepumpekraft. Paradoksal nok skjer opptil 50 prosent av denne skaden idet åren gjenåpnes og muskelen blir eksponert for oksygen. Denne såkalte reperfusjonsskaden skyldes delvis en betennelsesreaksjon.

Forskernes idé var at medikamentet tocilizumab kunne redusere denne skaden og dermed øke andelen av hjertemuskelen som ble reddet ved utblokking. Tocilizumab er en hemmer av reseptoren til interleukin 6, som er et budbringermolekyl i betennelsesprosessen. Tocilizumab må gis intravenøst før eller under utblokking for å kunne hemme den umiddelbare betennelsesprosessen.

– Selv om du kommer til behandling, så avhenger prognosene dine av størrelsen på infarkt. Ved åpning av de tette årene, oppstår det en betennelsesreaksjon. For å teste om tocilizumab kunne spare hjertet, ble dette medikamentet testet mot placebo i en randomisert studie, det vil si at man trakk lodd over hvilken behandling pasientene skulle få, forklarer professor emeritus ved

Universitetet i Oslo (UiO) og overlege ved Kardiologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus (OUS), Lars Gullestad.

Forskerne målte størrelsen på infarkt med MR etter tre til syv dager for å se hvor stort infarkt var. De fant ut at ved behandling med betennelsesdempende midler ble mer hjertemuskel spart og infarktets størrelse var mindre.

– Vi er de første i verden som har klart å vise at det er en potensielt gunstig behandling, sier Gullestad.

IKKE EN HELT NY TANKE

Å bruke betennelsesdempende midler til behandling av hjerteinfarkt er ikke en helt ny idé. På 1990-tallet ble det gjort studier der man så på bruken av disse midlene brukt ved hjertesvikt, uten å påvise noen effekt. I en mindre studie utført av Gullestads forskningsgruppe viste imidlertid tocilizumab seg å ha en effekt på biomarkøren troponin, da målt i mindre infarkter.

– ASSAIL-MI-studien er utført på pasienter med de store infarktene (STEMI) som påvirker de store kransårene, og vi ser at hemming av betennelsen hjelper. Vi er først i verden til å vise signifikant effekt på

infarktstørrelse. Det er ikke sikkert at tocilizumab er riktig medikament. Vi har ennå ikke sett om kliniske endepunkter faktisk blir bedre over tid, sier førsteamanuensis ved UiO og overlege ved Kardiologisk avdeling ved OUS, Kaspar Broch.

– Overlevelsen i denne studien har vist seg bedre enn i registerstudier, så det er for få dødsfall til å vurdere om medikamentet har noen innvirkning på overlevelse.

– Her har vi randomisert 200 pasienter. Dette er veldig krevende forskning, da pasientene har behov for akutt behandling og studien ikke skal forsinke den intervensjonen de trenger når de kommer inn på sykehuset. Gjennomføringen av studien har gått veldig bra, selv om det har vært krevende, og det tok noe lengre tid å få inkludert nok pasienter enn det som var ventet. Pandemi og en tid med færre store infarkter har innvirket på dette, forklarer Broch videre.

STORT SAMARBEID

I denne studien har OUS, ved Rikshospitalet og Ullevål, gått sammen med St. Olavs hospital for å få inkludert til slutt 199 pasienter.

– Dette er et godt eksempel på samarbeid, alle har en interesse i dette og et eget utbytte forskningsmessig. Et veldig vellykket samarbeid, legger Broch til. Slike studier er vanligvis avhengig av forsknings-

stipendiater, og ved OUS har Anne Kristine Anstensrud hatt ansvar for å inkludere pasienter, mens Sindre Woxholt har hatt ansvaret på St. Olav.

Gullestad, Anstensrud og Broch er enige om at studien ikke hadde latt seg gjennomføre uten samarbeid fra industrien. Legemiddelskapet Roche har vært med på laget og stilt opp med medikamentene.

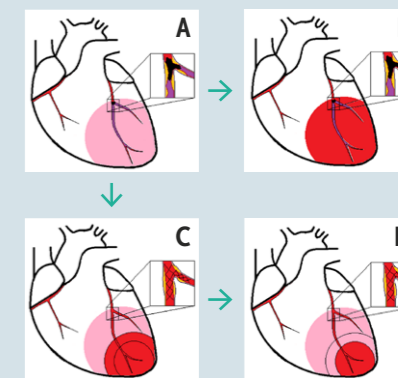
– De har vært eksemplariske å ha med i studien. Prosjektet er vår idé, men vi har samarbeidet med Roche. De har forsynt oss med legemidlene som ble brukt i studien. Dette er et godt eksempel på akademisk-industrielt samarbeid. Det har vært et fruktbart samarbeid, hele veien med en åpenhet og en vinn-vinn-situasjon for begge parter, sier Gullestad.

VEIEN VIDERE

Broch og Gullestad har et ønske om å ta studien videre og få enda flere svar, men tror ikke det blir bare enkelt.

– Vi håper å kunne få det til og vi ønsker også å få det til. Vi ser at infarktene blir mindre, vi antar at prognosen blir bedre, men å finne effekt på sykkelighet og død krever større studier over tid, sier Gullestad.

– Dette er studier i 100-millioners klassen. En ny studie vil være vanskelig å gjennomføre, det krever et stort program og vi er usikre på hvordan



ASSAIL-MI figur: I ASSAIL-MI-studien inkluderte vi pasienter med akutt hjerteinfarkt og stort skadepotensiale («area at risk» vist i rosa (A)). Uten behandling vil hele området som er uten blodforsyning bli permanent skadet, vist i rødt (B). Med akutt utblokking av den tette åren reddes en del av det utsatte området, men noe av den permanente skaden (i rødt) skyldes såkalt reperfusjonsskade (C). Tocilizumab reduserer denne skaden og fører til at mer av hjertemuskelen reddes (D).

det skal kunne skje. De forskningsbevilgningene vi får fra ulike steder er ikke nok til å få gjennomført slike studier, legger Broch til.

– Vi håper jo at pasientene får nytte av dette over tid. Det er jo fokus overalt om dagen på å få til flere kliniske studier. Pasientene drar nytte av det, og det er denne forskningen et godt eksempel på. Pasienter i studier får normalt veldig god oppfølging og er generelt fornøyde med behandlingen, sier Gullestad.

FAKTA

- Prosjektet «ASSAIL-MI: ASSESSING THE EFFECT OF ANTI-IL-6 TREATMENT IN MYOCARDIAL INFARCTION (TOCILIZUMAB VED HJERTEINFARKT)» startet i 2016 og ble avsluttet i 2020 og undersøkte om betennelsesdempende midler kan begrense skadene etter utblokking av et hjerteinfarkt. Studien er en såkalt «proof of concept»-studie.
- Hjerteinfarkt er en av de største årsakene til hjertesvikt og død i Norge og resten av verden. Å redusere skadene på hjertemuskelen etter et hjerteinfarkt vil kunne forbedre prognosene til en pasient.
- Prosjektleder er Lars Gullestad ved Kardiologisk avdeling på OUS Rikshospitalet. Studien er et samarbeid mellom OUS, ved Rikshospitalet og Ullevål, og St. Olavs hospital. Viktig støttespiller er også Anne Kristine Anstensrud, legespesialist

ved Kardiologisk avdeling ved OUS. Roche Norge har forsynt studien med legemidler.

PUBLIKASJONER

- Broch K, Anstensrud AK, et al. Randomized Trial of Interleukin-6 Receptor Inhibition in Patients With Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2021 Apr 20;77(15):1845-1855.
- Ridker PM. Inhibiting Interleukin-6 to Reduce Cardiovascular Event Rates: A Next Step for Atherothrombosis Treatment and Prevention. *J Am Coll Cardiol* 2021;77:1856-8.
- Fernández-Ruiz I. Early inhibition of IL-6 signalling after an acute MI improves myocardial salvage. *Nat Rev Cardiol.* 2021;18:460.



Kreftstudie viste formidabel overlevelsesgevinst

Etter å ha fått høyere stråledose, var det langt flere som overlevde den mest aggressive formen for lungekreft. Flere land har endret praksis etter funnene.

Tekst: Kai Kristiansen • Foto: Geir Otto Johansen

Lungekreft er den kreftsykdommen som forårsaker flest dødsfall i Norge. Hvert år får 3300 pasienter diagnosen, og 2200 dør av sykdommen. Det utgjør mer enn fem prosent av alle dødsfall i landet vårt.

Den mest aggressive undergruppen av lungekreft er småcellet lungekreft (SCLC). Den utgjør bare 13-15 prosent av alle lungekrefttilfellene, men forårsaker likevel tre til fire prosent av alle kreftdødsfall.

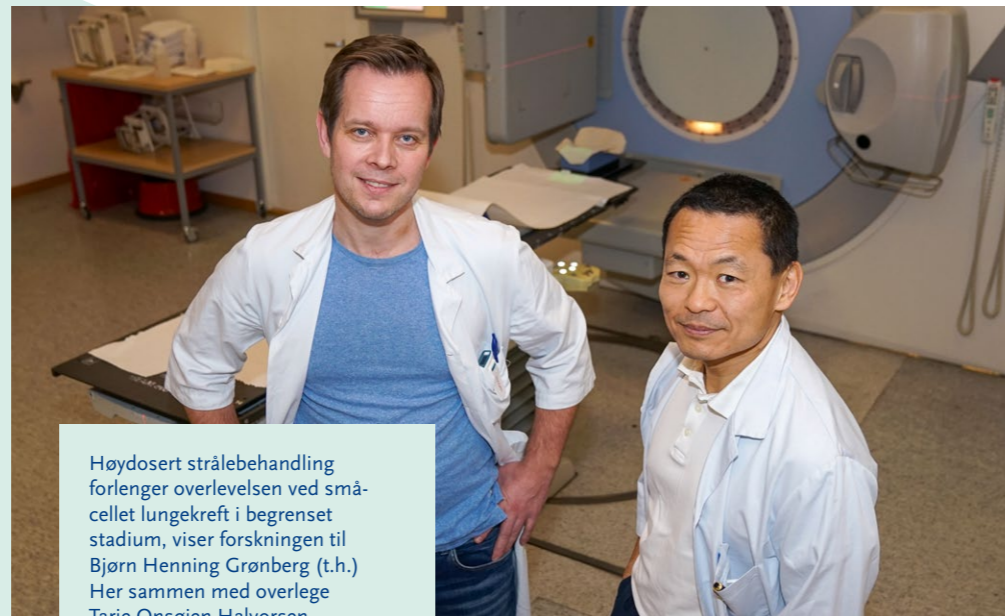
Mens overlevelsen etter kreftsykdom generelt har steget mye de siste årene, har det knapt vært fremskritt i behandlingen av pasienter med SCLC, forteller lege og kreftspesialist Bjørn Henning Grønberg ved St. Olavs hospital.

– For generell lungekreft har det vært en gledelig utvikling siden tusenårsskiftet, men innenfor småcellet lungekreft har det nesten ikke skjedd noe som helst. Det er et stort behov for bedre behandling, sier Grønberg.

OPPSIKTSVEKKENDE RESULTAT

Grønberg er også professor ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, og har ledet et forskningsprosjekt om SCLC og strålebehandling. Forskningsspørsmålet i studien var om høydose strålebehandling gitt med to stråledoser per dag, gir bedre overlevelse sammenlignet med standard stråledose.

Grønberg gir oss litt mer bakgrunn: Basisbehandling for SCLC er celle-



Høydosert strålebehandling forlenger overlevelsen ved småcellet lungekreft i begrenset stadium, viser forskningen til Bjørn Henning Grønberg (t.h.) Her sammen med overlege Tarje Onsøien Halvorsen.

gift. Dersom sykdommen er i et begrenset stadium, altså om alle svulster kan inkluderes i et tolerabelt strålefelt, gis strålebehandling samtidig med cellegift. Fram til nå har 25 til 30 prosent av disse pasientene blitt kurert med denne behandlingen. Men flertallet får tilbakefall og dør av sin kreftsykdom.

Fordi en tidligere studie viste at to stråledoser hver dag ga mer bivirkninger, er det ingen som har utført randomiserte studier på så høye doser som det de gjorde. For å redusere risikoen for bivirkninger, valgte de i tillegg å begrense selve strålefeltet.

Resultatet var oppsiktsvekkende.

LEVER BETYDELIG LENGER

– Den overlevelsesgevinsten vi har

vist i studien, er overraskende stor. Vi ser helt klart at den høyere dosen gir lengre overlevelse. Vi ser også at det ikke er flere bivirkninger med den høyere dosen, og at det ikke er flere bivirkninger i vår studie sammenlignet med andre, sier Grønberg.

170 pasienter fra 22 forskjellige sykehus i Norge, Sverige og Danmark deltok i studien. To år etter behandling var 74 prosent av pasientene som fikk høydosebehandling i live, mot 46 prosent i kontrollgruppen.

Høydosegruppen hadde også mye lenger median overlevelse, med 37 måneder mot 23 måneder i kontrollgruppen.

Grønberg understreker at dette ikke er de endelige resultatene. De kommer først i 2023.

– Vi oppdaterer tallene fortløpende, og foreløpig ser det veldig bra ut. Det kan til og med være at de endelige tallene blir enda bedre, sier han.

MANGE HELT FRISKE

Studien ble presentert i 2020, publisert i 2021, og siteres allerede hyppig i medisinske tidsskrift og internasjonale fora. Både Norge, Sverige og flere utenlandske sentre har endret retningslinjene etter funnene.

Grønberg har selv behandlet et tjuetalls pasienter i studien, og synes det har vært veldig interessant å følge pasientene. Også pasienter som på diagnosetidspunktet hadde litt mer sykdom enn det vi tidligere har turt å behandle.

– For meg som lege har det vært veldig inspirerende. Én ting er publikasjoner, men det å kunne følge pasienter over så lang tid, se at de er i live og har det bra, uten tegn til sykdomsaktivitet – det er det viktigste. Vi begynte denne studien for ganske mange år siden, så mange av pasientene mine er blitt helt friske, sier Grønberg.

Han erkjenner at det også er noen som ville ha blitt kurert med den gamle dosen og det er foreløpig vanskelig å mene noe om estimatene. Det blir spennende å se hvor mange som er i live etter fem år, som alltid har vært det klassiske målet på om man blir helbredet.



170 pasienter fra 22 forskjellige sykehus i Norge, Sverige og Danmark deltok i studien.

– Denne sykdommen er veldig aggressiv. Kommer den tilbake, skjer det i praksis innen to år, sier Grønberg.

VELDIG BILLIG BEHANDLING

I studien har de hatt et aktivt brukerpanel, forteller forskeren. Det har vært regelmessige møter tre ganger i året. Brukerpanelet er viktig i alle aspekter av forskningen vår, mener han.

I den grad det er mulig å estimere kostnader på den ekstra behandlingen, karakteriserer Grønberg den som veldig billig.

– Én uke ekstra på sykehushotell, for dem som bor langt unna, og én uke lengre behandling koster ikke mye med tanke på den store overlevelsesgevinsten. Det finnes ingen tilsvarende ny medikamentell kreftbehandling som gir tilsvarende stor effekt for så liten kostnad, sier Grønberg.

INKLUDERER IMMUNTERAPI

Ved utbredt småcellet lungekreft –

der pasientene tradisjonelt kun har fått cellegiftbehandling – er det nylig vist at det å legge immunterapi til cellegiften gir en overlevelsesgevinst.

– Etterfølgeren til denne studien er en studie der pasientene først får cellegift og strålebehandling, slik som beskrevet i denne studien. Deretter får halvparten ett år med immunterapi, mens den andre halvparten følges med standard kontroller, sier Grønberg, som regner med å fullføre inklusjon i første kvartal 2022.

– I tillegg har vi startet en studie der vi undersøker om det å gi strålebehandling i tillegg til immunterapi og cellegift, forlenger overlevelsen hos pasienter med utbredt småcellet lungekreft. Vi forsker også på hvordan vi kan identifisere de pasientene som har størst nytte av hver enkelt behandling. Dette blir helt sentralt for at vi skal nå målet om bedre behandling for denne underprioriterte pasientgruppen, sier Bjørn Henning Grønberg.

FAKTA

- Forskningsprosjektet «A Randomized Phase II Study Comparing Two Schedules of Hyperfractionated Thoracic Radiotherapy in Limited Disease Small-Cell Lung Cancer (THORA)» ble startet ved NTNU/St. Olavs hospital i 2014 og varer fram til 2023. Finansieringskilder: Helse Midt-Norge RHF, Kreftforeningen, Nordic Cancer Union, Fakultet for medisin og helsevitenskap NTNU og St. Olavs hospital.
- Småcellet lungekreft forårsaker tre til fire prosent av alle kreftdødsfall. Det har ikke vært fremskritt i behandlingen av disse pasientene på mer enn 20 år. Forskningsspørsmålet var om høydose strålebehandling gitt med to stråledoser per dag (60 Gy fordelt på 40 stråledoser) gir bedre overlevelse sammenlignet med standard stråledose (45 Gy fordelt på 30 stråledoser).
- 22 sykehus i Norge, Sverige og Danmark deltok i studien. Prosjektleder: Professor/overlege

Bjørn Henning Grønberg ved NTNU/St. Olavs hospital. Sentrale medarbeidere: Postdoktor/overlege Tarje Halvorsen og ph.d.-student/overlege Kristin Killingberg ved NTNU/St. Olavs hospital.

PUBLIKASJONER

- Grønberg BH, Killingberg KT, Fløten Ø, Brustugun O, Hornslien K, Madebo T, et al. High-dose versus standard-dose twice-daily thoracic radiotherapy for patients with limited stage small-cell lung cancer: an open-label, randomised, phase 2 trial. The Lancet Oncology. 2021;22(3):321-31.
- Grønberg BH, Killingberg KF, Fløten F et al. Randomized phase II trial comparing the efficacy of standard-dose with high-dose twice-daily thoracic radiotherapy (TRT) in limited disease small-cell lung cancer (LD SCLC). Oral abstract presentation ASCO 2020. J Clin Oncol 38, no 15 Suppl (May 20, 2020) 9007



Dramatiske funn om risiko for ny sykdom og dødelighet for testikkelkreftoverlevende

99 prosent av menn som får testikkelkreft er i live etter fem år, og selv pasienter med spredning kan forvente å bli kurert. Studier ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) viser at disse likevel har en høyere risiko for å utvikle annen type kreft, og også død ved selvmord, sammenlignet med den generelle befolkningen.

Tekst: Jan Eskil Severinsen • Foto: Per-Christian Johansen og Adobe Stock

Bakgrunnen for prosjektet er at testikkelkreft er den kreftformen med høyest overlevelse. Mye takket være Cisplatin, en svært effektiv cellegift som dukket opp på slutten av 70-tallet.

– Da den kom var det et stort gjennombrudd. Gjennom 80-tallet, 90-tallet og tidlig 2000-tall handlet det om å kurere disse mennene, og å justere på cellegiftregimene. Så var det tid for å se på hva følgene ble på lang sikt. Noe som er viktig

for alle kreftoverlevende, men særlig dem som får kreft i ung alder, slik det gjerne er med testikkelkreft. De fleste er mellom 20 og 40 år når de får sykdommen, noe som betyr at de skal leve 40–60 år etter vellykket behandling, sier prosjektleder Hege Sagstuen Haugnes, overlege ved Kreftavdelingen UNN og professor ved UiT Norges arktiske universitet (UiT).

6000 PASIENTER

Det fantes rapporter som sannsynliggjorde økt forekomst av både ny

kreftsykdom og hjertesykdom etter behandling for testikkelkreft, særlig etter behandling med Cisplatin og strålebehandling. Andre rapporter viste at mennene levde kortere enn normalbefolkningen, men disse tidligere rapportene manglet opplysninger om behandlingsdetaljer.

– Man kunne med andre ord ikke si noe om risikoen knyttet opp mot antall kurer, stråledoser og andre faktorer. Dette ville vi undersøke, sier Haugnes.

Utgangspunktet for prosjektet, hvor forskere fra alle landets helseregioner har deltatt, var data fra kreftregisteret for alle menn diagnostisert med testikkelkreft i perioden 1980–2009.

– Vi samlet kliniske behandlingsdata for hver pasient. Noe av dette var samlet i forbindelse med tidligere forskningsprosjekter, og noe til bruk i en stor klinisk database Norge og Sverige har sammen, men det var en god del som manglet og som måtte oppdateres, sier Ragnhild Hellesnes, onkolog og ph.d. ved Kreftavdelingen, UNN.

Journalene til mer enn 6000 pasienter dannet grunnlaget for prosjektet. Det unike i prosjektet var at vi hadde komplette behandlingsdetaljer for hver pasient. Med denne informasjonen tilgjengelig kunne vi analysere risiko for ny kreft og for død i forhold til hvilken behandling de fikk. Alle pasienter ble sammenlignet med den generelle populasjonen på samme alder.

FLERE OVERRASKENDE FUNN

Funnene de gjorde bekreftet noen hypoteser, men bød også på overraskelser.

– Når det gjelder forekomst av ny kreft, så var det en økt forekomst etter behandling med Cisplatin og etter strålebehandling. Vi så ikke tegn til økt risiko etter én cellegiftkur, men risikoen økte etter flere kurer. Det samme gjaldt risiko for død. Det hadde vi forventet. Men det at de pasientene som kun hadde hatt kirurgi, og hverken cellegift eller strålebehandling, også hadde en liten økt risiko for ny kreft var overraskende. Vår studie er den eneste så langt som har funnet sammenheng mellom kun kirurgisk behandling og økt risiko for ny kreft. Vi fant imidlertid ikke en sammenheng mellom behandling med cellegift eller stråleterapi og økt dødelighet av hjertesykdom. Det var litt overraskende, men gledelig, sier Hellesnes.

ØKT SELVMORDSRISIKO

Ett av områdene hvor gruppen som hadde hatt testikkelkreft skilte seg fra den generelle befolkningen, var en høyere risiko for selvmord.

– Etter cellegiftbehandling ser vi helt klart en høyere risiko for selvmord sammenlignet med resten av befolkningen. Dette er et ganske oppsiktsvekkende funn. Vi tror dette henger sammen med at disse pasientene er unge og mer sårbare når de får diagnose og behandling. Dette er noe vi må ta med oss i oppfølgingen av pasientene. Vi har blitt flinke til å informere om risiko for ny kreft og hjertesykdommer, sunn livsstil og slike ting. Men vi må også snakke om mental helse med pasientene, og gjerne henvise til et støtteapparat, sier Haugnes.

Informasjon om funnene er tatt inn i oppfølgingen av pasientene. Dette er tilstander som inntreffer lenge etter behandling, 20 år eller mer, så det er veldig viktig at de som får behandlingen er godt informert. De blir informert når kontrollene avsluttes ved sykehusene, som regel etter fem til ti år.

– Når pasientene slippes fra sykehusene får de med seg et skriv som beskriver risikoen for framtidige helseplager, inklusiv nye kreftformer, og de oppfordres til å gå til jevnlig undersøkelse hos fastlegen sin. Vi er et av de første landene i Europa som har tatt dette inn i oppfølgingen. Dette har videre blitt tatt inn i internasjonale retningslinjer for hvordan man skal følge opp disse pasientene, sier Haugnes.



Cellegiften Cisplatin var revolusjonerende da den dukket opp på slutten av 1970-tallet.



Onkolog Ragnhild Hellesnes og overlege Hege Sagstuen Haugnes sine funn er med på å endre måten pasienter som har vært gjennom behandling for testikkelkreft, informeres om risikofaktorer i årene etter endt behandling.

FAKTA

- Forskningsprosjektet «Ny kreftsykdom og dødelighet hos menn som er behandlet for testikkelkreft» er et nasjonalt forskningsprosjekt som ble startet i 2015 og avsluttet i 2021. Formålet med prosjektet var å kartlegge risiko for ny kreftsykdom og dødsårsaker hos norske testikkelkreftoverlevende som fikk behandling i perioden 1980–2009.
- Testikkelkreft er den vanligste kreftformen blant unge menn, og hvert år rammes omtrent 300 norske menn. Overlevelsen er svært god, og selv ved spredning av kreftsykdommen vil de aller fleste bli helbredet, delvis grunnet den effektive cellegiften cisplatin. Etter vellykket behandling kan disse mennene forvente å leve 40–60 år. Kunnskap om potensielle alvorlige senfølger relatert til intensitet i kreftbehandlingen er i liten grad kartlagt i tidligere studier.
- Prosjektleder er Hege Sagstuen Haugnes, overlege ved Kreftavdelingen UNN og professor ved UiT Norges arktiske universitet. Kreftlege Ragnhild Hellesnes har vært stipendiat på prosjektet, og disputerte i november 2021. Sentrale klinikere

innenfor fagfeltet testikkelkreft ved hvert universitetssykehus har deltatt i prosjektet, sammen med flere statistikere.

PUBLIKASJONER

- R Hellesnes, O Kvammen, TA Myklebust, RM Bremnes, A Karlsdottir, HFS Negaard, T Tandstad, T Wilsgaard, SD Fossa and HS Haugnes. Continuing increased risk of second cancer in long-term testicular cancer survivors after treatment in the cisplatin era. *International Journal of Cancer*, 147:21-32, 2020
- R Hellesnes, TA Myklebust, RM Bremnes, A Karlsdottir, O Kvammen, HFS Negaard, T Tandstad, T Wilsgaard, SD Fossa and HS Haugnes. Metachronous contralateral testicular cancer in the cisplatin era: a population-based cohort study. *Journal of Clinical Oncology*, 4:308-318, 2021
- R Hellesnes, TA Myklebust, SD Fossa, RM Bremnes, A Karlsdottir, O Kvammen, T Tandstad, T Wilsgaard, HFS Negaard, and HS Haugnes. Testicular cancer in the cisplatin era: Causes of death and mortality rates in a population-based cohort. *Journal of Clinical Oncology*, 32:3561-3573, 2021.



Forebygge helseulikheter i behandling av personer med Multippel sklerose (MS)

Målsetningen er å kunne tilby likeverdig og god behandling for alle personer med MS. Så hvordan påvirkes behandlingsvalg og sykdomsforløp av sosioøkonomiske forhold i Norge i dag?

Tekst: Geir Jørgen Bekkevold • Foto: Per Åge Eriksen

Kan norske sykehus yte lik helsehjelp til alle som rammes av MS, uavhengig av deres bakgrunn og egne ressurser? Dette ønsket doktorgradsstipendiat og nevrolog ved Sykehuset Telemark, Heidi Øyen Flemmen, å få svar på. Flemmen tilhører en forskningsgruppe ved Institutt for klinisk medisin som driver mange ulike MS-studier. Gruppen ledes av professor Elisabeth Gulowsen Celius.

Det har vært en stor utvikling i behandlingsmuligheter som bedrer prognosen for personer med MS, men mange av behandlingene er kostbare. Forskere fra Sykehuset Telemark, Vestre Viken og Oslo universitetssykehus (OUS) etablerte et komplett register over alle personer med MS i Telemark og Buskerud og de fleste fra Oslo, de siste ti årene.

Registeret fikk navnet BOT-MS. Registeret inneholder data om sykdomsdebut, diagnostikk og detaljerte forløpsdata (funksjonsskår, MR-resultat, sykdomsattakker og behandling). Flemmen utviklet og validerte et spørreskjema som ble brukt for å kartlegge sosioøkonomiske faktorer, kulturell og økonomisk kapital og livsstilsfaktorer hos nesten 1600 personer med MS. Dataene ble inkludert i BOT-MS-registeret og koblet mot validerte data fra Statistisk Sentralbyrå.

Prosjektgruppen har sammen innhentet store mengder data som

har gitt oss et verdifullt register og mulighet til å frembringe mer kunnskap om personer med MS etter at de nye behandlingsalternativene ble gjort tilgjengelig, sier Flemmen.

– Vi ville undersøke prognose og sykdomsforløp hos det vi har kalt den moderne MS-person, sier nevrologen. Selv har hun engasjert seg spesielt i å finne ut av om sosioøkonomiske forhold påvirker sykdomsforløp og behandlingsvalg.

KVINNER OG MØDRE

Flemmen fant at Telemark har en av de høyeste forekomstene av MS (260 per 100 000 i 2019) i landet og at utbredelsen er klart høyere blant kvinner bosatt i de rurale distriktene sammenliknet med kvinner bosatt i mer bynære strøk. Videre fant hun at hos de som rammes av MS, har mødrenes utdanningsnivå ved personens

16-års alder like stor betydning for sykdommens progresjon som bruk av forebyggende medikamenter, målt ved systematiske skalaer (for eksempel tid til behov for ganghjelpemidler). Dette var oppsiktsvekkende funn, sier Flemmen, særlig fordi vi ikke fant noen sammenheng mellom fedrenes utdanningsnivå og sykdomsprogresjon.

Flemmen tror at mye av forklaringen ligger i at personer med MS med foreldre med høyere utdannelse fikk MS-diagnosen i yngre alder, raskere etter symptomdebut og med mindre sykdomsaffeksjon på diagnose-tidspunkt. En del av forklaringsgrunnlaget kan også være økt forståelse for riktig helseatferd, som læres av foreldre i oppveksten, sier hun videre. Både raskere diagnose og riktig helseatferd kan være mer gunstig for sykdomsprogresjon og behandlingsrespons.



BOT forskningsgruppe, en del av OUS MS forskningsgruppe, fra venstre; Stine Marit Moen, Pål Berg-Hansen, Cecilia Smith-Simonsen, prosjektleder Elisabeth G Celius, Heidi Øyen Flemmen og Line Broch.



Doktorgradsstipendiat og nevrolog, Heidi Øyen Flemmen følger pasient inn til konsultasjon.

HELSEULIKHET

Betydningen av sosioøkonomisk status for diagnostikk og behandling av MS er i liten grad undersøkt i Norge tidligere, men det foreligger noe data internasjonalt. Den overveiende trenden er at det er dårligere prognose og lavere tilgang til medikamentell forebyggende behandling for personer med MS fra lavere sosioøkonomisk status. Tilsvarende fant Flemmen at blant personer diagnostisert med MS før 2011 var det høyere sannsynlighet for å bli behandlet med høyeffektive sykdomsmodifiserende medikamenter som første valg for de som var gift og som hadde høyere utdanning. Men det viktigste funnet var at tilgang til behandling og behandlingsvalg ikke lenger ser ut til å ha noen sammenheng med sosioøkonomiske faktorer når de senere årene analyseres alene. Forskjellene i behandlingsvalg i de siste årene, er relatert til sykdommens alvorlighetsgrad. Flemmen synes det var svært gledelig å se at utviklingen har gått i retning av at alle personer med MS i dette utvalget i dag tilbys likeverdig behandling, uavhengig av sosioøkonomiske forhold.

Trenden er dårligere prognose for personer med MS med lavere sosioøkonomisk status, men tilgang til forebyggende behandling er lik for alle

Heidi Øyen Flemmen
Doktorgradsstipendiat og nevrolog,
Sykehuset Telemark



Doktorgradsstipendiat og nevrolog, Heidi Øyen Flemmen, i pasientsamtale.

FAKTA

- Prosjektet «The influence of socio-economic factors on disease susceptibility and progression in Multiple Sclerosis» startet opp ved Sykehuset Telemark (STHF) i 2016, finansiert av Sykehuset Telemark. Formål: få innsikt i om sosioøkonomiske faktorer har betydning for forekomst, behandling og sykdomsprogresjon av Multippel sklerose (MS). universitetssykehus (OUS) og Sykehuset Telemark (STHF). BOT-MS er et akronym for Buskerud, Oslo, Telemark, og er en undergruppe av MS-forskningsgruppen ved OUS. Prosjektleder er Elisabeth Gulowsen Celius ved OUS.
 - Betydningen av sosioøkonomisk status for diagnostikk og behandling av MS er i liten grad undersøkt i Norge tidligere, noe data foreligger internasjonalt. Trenden er at personer med MS fra lavere sosioøkonomisk status har dårligere prognose og lavere tilgang til medikamentell forebyggende behandling.
 - Prosjektet inngår i et samarbeid mellom Vestre Viken (VVHF), Oslo
- ### PUBLIKASJONER
- Flemmen HO, Simonsen CS, Berg-Hansen P, Moen SM, Kersten H, Heldal K, et al. Prevalence of multiple sclerosis in rural and urban districts in Telemark county, Norway. *Mult Scler Relat Disord.* 2020;45:102352
 - Flemmen HO, Simonsen CS, Broch L, Brunborg C, Berg-Hansen P, Moen SM, et al. Maternal education has significant influence on progression in multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord.* 2021;53:103052.

Nasjonale nøkkeltall

I denne delen av rapporten presenterer vi nøkkeltall basert på informasjon og statistikk som er innsamlet over flere år. Tallene er hentet fra eRapport (prosjekter finansiert av RHF-ene), Cristin (all forskning i institusjonene), NIFU, Norges forskningsråd/TTO-ene og Induct. Ved å sammenstille og analysere tall fra ulike kilder får vi et godt bilde av forsknings- og innovasjonsaktiviteten i helseforetakene over tid.

FORSKERE OG FORSKNINGS-PRODUKSJON

Forskningsaktivitet måles blant annet i vitenskapelig publisering og avlagte doktorgrader. Antall vitenskapelige publikasjoner øker fremdeles, og i 2021 er det registrert over 5000 artikler som utgår fra spesialisthelsetjenesten. Tallet på doktorgrader er imidlertid redusert betydelig i 2021 sammenlignet med 2020, noe som kan ha sammenheng med covid-19-pandemien. Det er flest kvinner som disputerer, flest kvinner som publiserer, og flest kvinner som krediterer helseforetak også i 2021. Dette har sammenheng med at en høyere andel kvinner mottar stipender finansiert av de regionale helseforetakene. Flere kvinner enn menn er førsteforfatter, mens en større andel menn er sisteforfatter. Tradisjonelt er det førsteforfatter som har hatt hovedansvaret for publikasjonen, mens sisteforfatter gjerne er en erfaren forsker eller prosjektleder.

KLINISK FORSKNING OG FAGOMRÅDER

Kliniske studier er viktige for å dokumentere effekt og sikkerhet av legemidler og medisinsk utstyr. Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen, jf. nasjonal handlingsplan for kliniske studier. Det er et mål å øke andelen kliniske studier, og pasienter skal få tilbud om å delta i kliniske studier i form av utprøvende behandling. I 2021 ble 65 prosent av RHF-enes forskningsmidler tildelt til kliniske studier, og flere eller alle regioner deltar i 33-36 prosent av de kliniske intervensjonsstudiene for årene 2018–2021.

I tillegg kommer midler til kliniske intervensjonsstudier finansiert gjennom det nasjonale forskningsprogrammet *Klinisk behandling-forskning i spesialisthelsetjenesten* (KLINBEFORSK), som ble etablert i 2016. Forskere fra alle helseregioner deltar i alle prosjektene, og det deles hvert år ut ca. 135 millioner kroner. I perioden fra 2016–2021 er det tildelt 820 millioner kroner til 45 prosjekter.

Helseforskning omfatter mange fagområder og ulike forskningstyper. Gjennom å klassifisere prosjektene i ulike kategorier sammenstilt med tildelte forskningsmidler, ser vi hva det forskes mest på. Kreftforskning er også i år det største fagområdet samlet sett for de regionale helseforetakene, med over 22 prosent av

midlene. Dette er om lag dobbelt så mye som neste fagområde på lista, som er forskning på hjerne og nervesystem. Andelen prosjekter som omfatter rusforskning har nær 6 prosent av forskningsmidlene. Det forskes mest på forekomst av rus og psykiske lidelser.

Når vi ser på type forskning som utføres, er det høyest forskningsaktivitet innen *påvisning og diagnose*, deretter kommer *utvikling av behandling*. Vi ser også i år at kommunehelsetjenesten deltar aktivt i 4 prosent av prosjektene som er finansiert av de regionale forskningsmidlene.

I 2021 ble 65 prosent av RHF-enes forskningsmidler tildelt til kliniske studier

OPPDRAGSFORSKNING OG INNOVASJON

Samarbeid med næringslivet synliggjøres på flere måter. Prosjekter med regional finansiering samarbeider med legemiddelindustri, medisinsk-teknisk utstyrsindustri og aktører innen IKT. I sluttrapporter for forskningsprosjekter gis det informasjon om påbegynt eller planlagt innovasjon i forbindelse

med prosjektet. Innovasjon måles blant annet i antall ideer, antall lisensavtaler og i antall innovasjonsprosjekter i ulike faser. Helseforetakenes samarbeid med industri og næringsliv er også illustrert gjennom oversikt over oppdragsforskning.

Blant oppdragsstudiene er det flest legemiddelstudier (78 prosent), og dette gjenspeiles også i listen over de ti største sponsorene av oppdragsstudier. Legemiddelstudier fordeles på faser, og fase 3-studier utgjør 62 prosent, fase 2-studier 23 prosent mens studier i fase 1 og fase 4 har lavere andeler. Oversikten over oppdragsstudier viser også antall studiesteder i helseforetakene, inkl. om flere regioner er involvert i samme studie.

Samarbeid med næringslivet illustreres også gjennom en oversikt over innovasjonspartnerskap, som er en ordning for å gjøre det lettere for offentlige virksomheter og leverandører å samarbeide om å utvikle ny teknologi og nye løsninger.

Også i år har alle prosjekter som har mottatt regionale innovasjonsmidler besvart ett sett av felles spørsmål. 60 prosent av prosjektene er i en tidlig fase og har foreløpig ikke oppgitt gevinster av prosjektet. De øvrige prosjektene oppgir gevinster som bedre pasientsikkerhet, økt pasienttilfredshet og en bedre hverdag for

helsepersonell. Oversikten over prosjektenes samarbeidsaktører viser at det samarbeides mest med andre helseforetak, næringslivet og universitets- og høyskolesektor.

Rundt 80 prosent av forsknings- og innovasjonsprosjektene som er finansiert av regionale midler, oppgir at de har brukermedvirkning

Den nasjonale innovasjonsindikatoren gir oversikt over prosjekter som er utviklet fra ideer som er meldt inn gjennom helseforetakenes idemottak. Indikatoren viser at det også i år er en økning i antall prosjekter i fase 4, *gjennomført iverksetting*.

BRUKERMEDVIRKNING OG FORSKNINGSETIKK

Forskning på mennesker, helseopplysninger, biologisk materiale og bruk av forsøksdyr krever forskningsetisk godkjenning. Data fra prosjekter finansiert av regionale forskningsmidler viser at forskning på mennesker eller helseopplysninger har økt jevnt og trutt

fra 76 prosent i 2014 til 81 prosent i 2021. Bruk av humant biologisk materiale har i samme periode økt fra 49 til 51 prosent, mens bruk av forsøksdyr er redusert fra 18 til 13 prosent.

Rundt 80 prosent av forsknings- og innovasjonsprosjektene som er finansiert av regionale midler, oppgir at de har brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan skje i flere faser av prosjektene og det er mulig å velge flere alternativer av brukermedvirkning. I 61 prosent av forskningsprosjektene og 55 prosent av innovasjonsprosjektene har brukere deltatt i planleggingsfasen. Brukere deltar også i gjennomføring av prosjekter, formidling av resultater, gjennom brukerpaneler og i styrings- eller referansegrupper. For forskningsprosjekter kommer 60 prosent av brukerne fra bruker- og pasientorganisasjon, mens tilsvarende andel for innovasjonsprosjekter er 33 prosent. Her er det helsepersonell som er den største gruppen (52 prosent). Det er positivt at brukermedvirkningen fremdeles øker.

Forskning

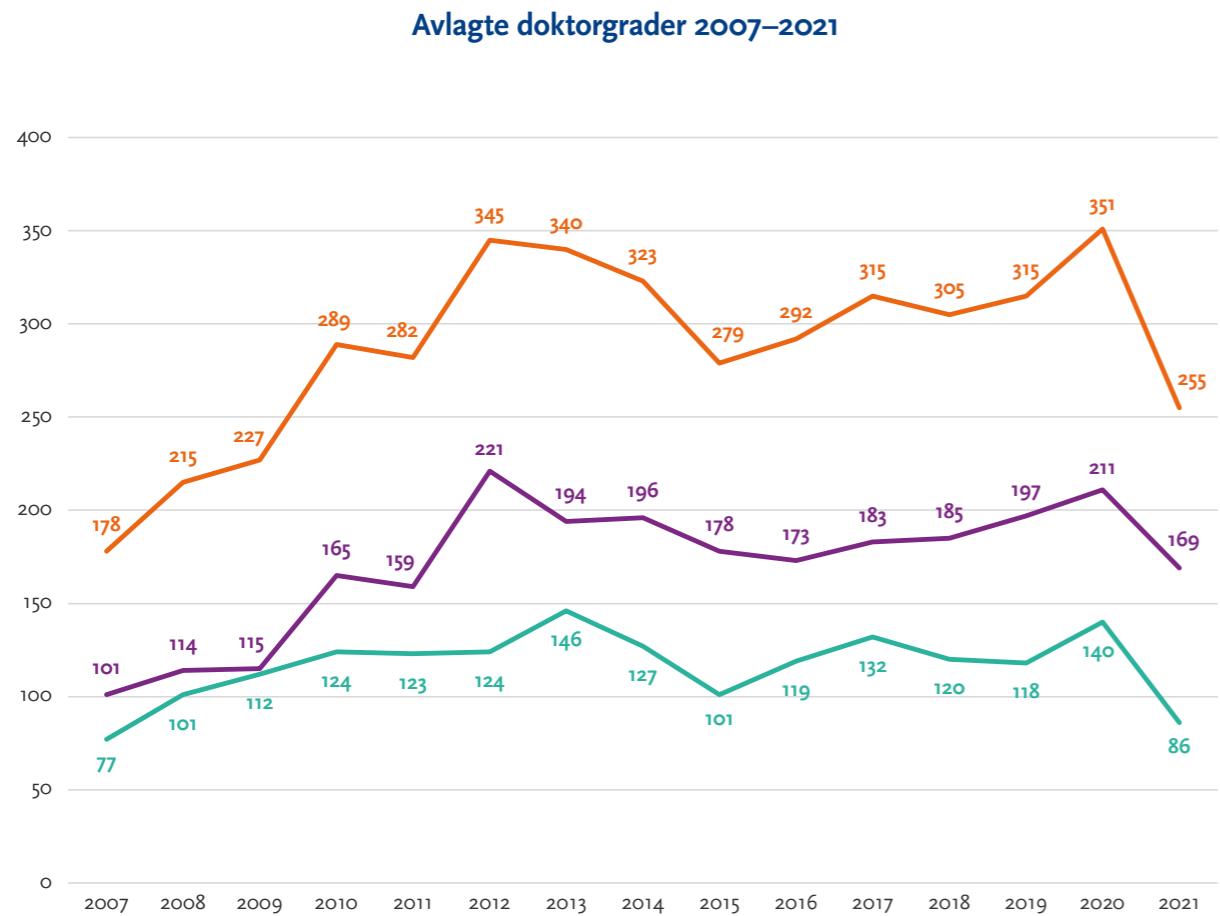
Indikatorer i nasjonalt målesystem

Helse- og omsorgsdepartementet innførte i 2003 registrering av forskningsresultater basert på publiseringsanalyse. Formålet med et nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet er å dokumentere forskning i helseforetakene som grunnlag for fordeling av det statlige øremerkede tilskuddet til forskning. Tilskuddet til forskning tildeles de regionale helseforetakene, og er i hovedsak basert på antall viten-

skapelige artikler og doktorgrader. Andre indikatorer er inkluderte pasienter i kliniske behandlingsstudier og ekstern finansiering fra EU/NFR.

Fra budsjettåret 2021 ble det innført en indikator for kliniske behandlingsstudier (KBS), definert som alle kliniske behandlings- og rehabiliteringsstudier som er åpne for inklusjon og som kan påvirke forskningsdeltakernes pasientforløp.

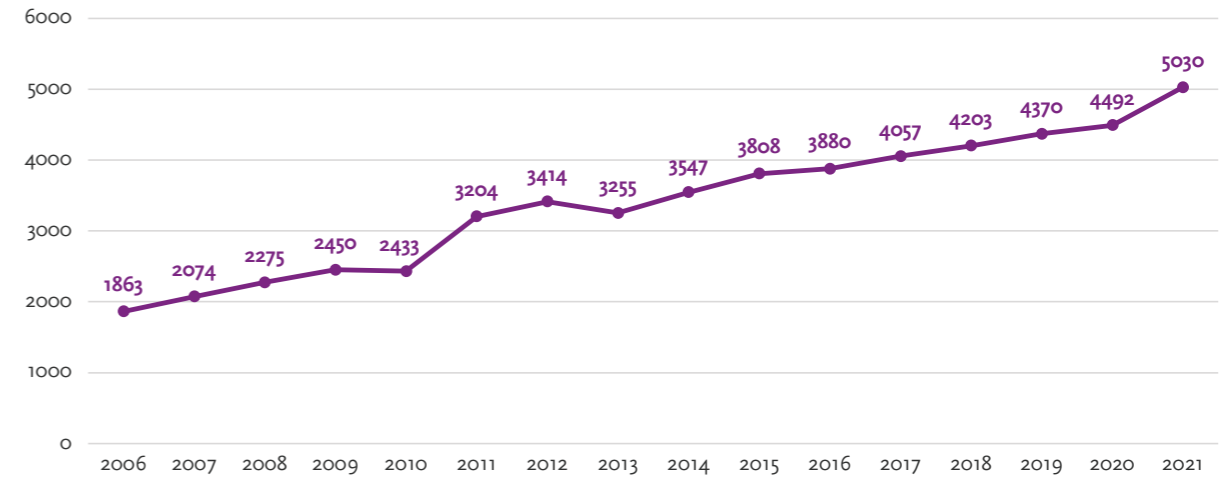
Studiene registreres i to undergrupper: Legemiddelstudier og studier med andre behandlingstiltak enn legemiddelbehandling (fysiske inngrep, ioniserende stråling, fysioterapi eller annen type intervensjon). Det er kun pasienter som mottar helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som telles som studiedeltakere. Pasienten telles én gang pr. studie, uavhengig av behandlingstidens varighet.



Figur 1: Antall avlagte doktorgrader for alle helseregioner i perioden 2007–2021, totalt og fordelt på kjønn. Figuren viser at avlagte doktorgrader knyttet til spesialisthelsetjenesten, er det laveste siden 2009. For menn er antallet det laveste siden 2007. Data fra NIFU.

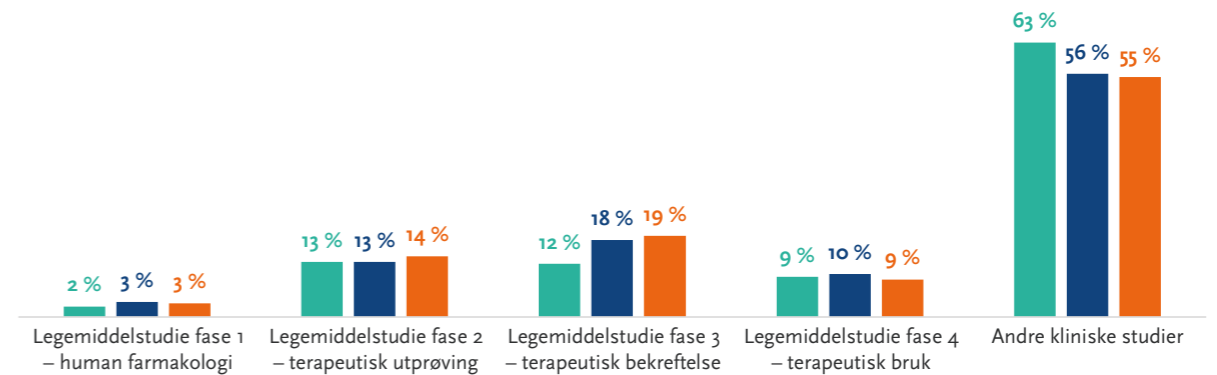
— Mann — Kvinne — Totalt

Vitenskapelige publikasjoner 2006–2021



Figur 2: Antall publiserte artikler 2006–2021. Data fra Cristin.

Kliniske behandlingsstudier 2019–2021 etter type studie



Figur 3: Antall nye inkluderte pasienter i kliniske behandlingsstudier i helseforetakene 2019–2021 fordelt på type studie. Data fra NIFU.

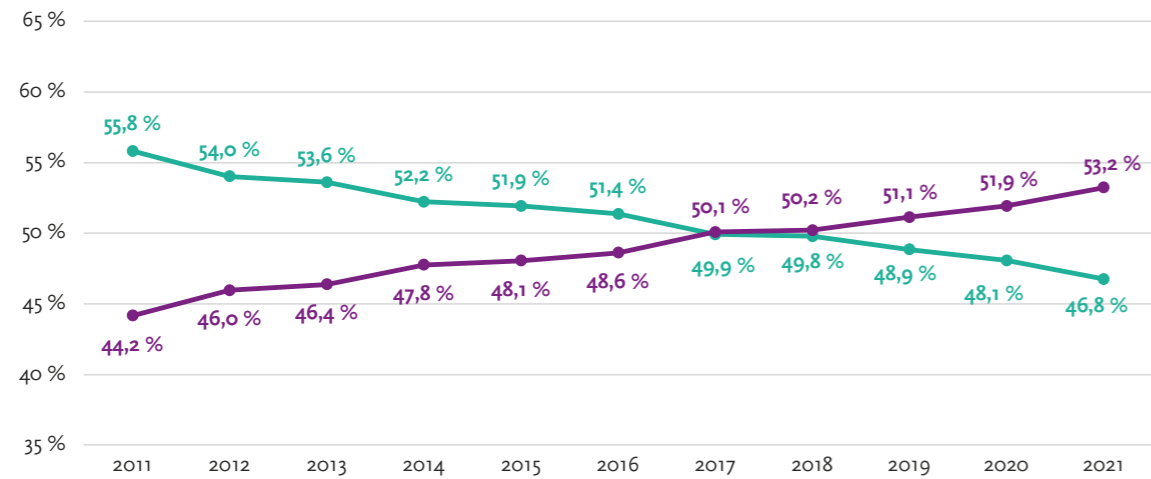
Inklusjon av pasienter i kliniske behandlingsstudier	Antall pasienter
2019 (497 studier)	13 783
2020 (463 studier)	14 065
2021 (485 studier)	15 065

Tabell 1: Antall nye inkluderte pasienter i kliniske behandlingsstudier i helseforetakene 2019–2021. Tabellen viser blant annet at det i 2021 ble inkludert 15 065 nye pasienter til 485 studier i spesialisthelsetjenesten. Data fra NIFU.

Publiserende forskere i spesialisthelsetjenesten

Oversikt over publiserende forskere som har kreditert et sykehus (helseforetak og private, ideelle institusjoner) i sine publikasjoner. Fra 2011 til 2021 har antall forskere som har publisert med kreditering til helseforetak økt med 53 prosent. 698 (4 prosent) av publiserende forskere har i perioden publisert minst én artikkel per år som utgår fra et sykehus. 485 av disse forskerne er menn.

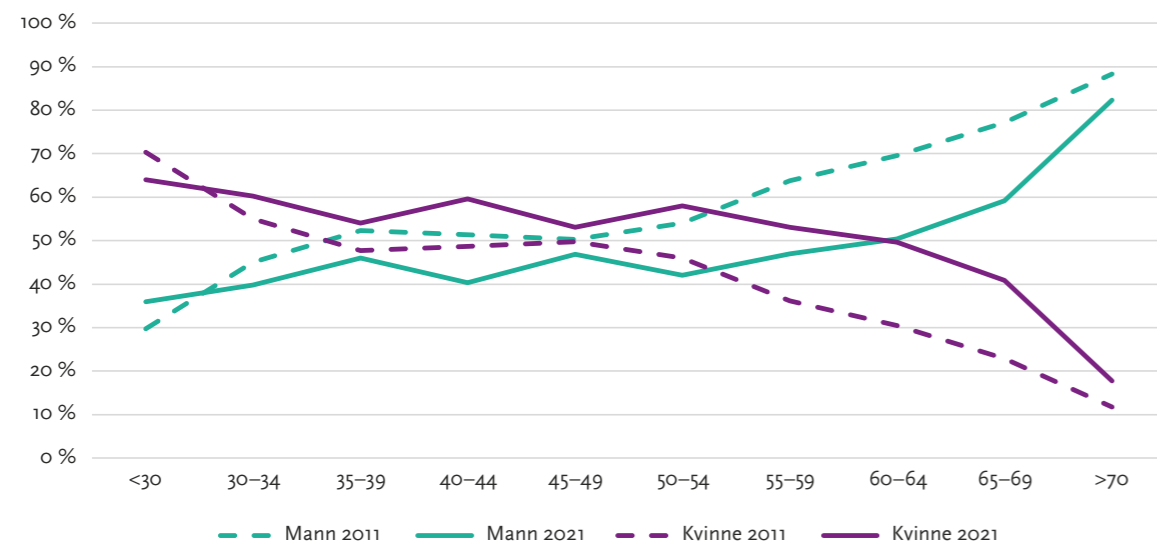
Andel publiserende forskere pr. år etter kjønn



Figur 4: Kjønnfordeling av publiserende forskere med kreditering av vitenskapelige publikasjoner til et sykehus, 2011–2021. Data fra Cristin.

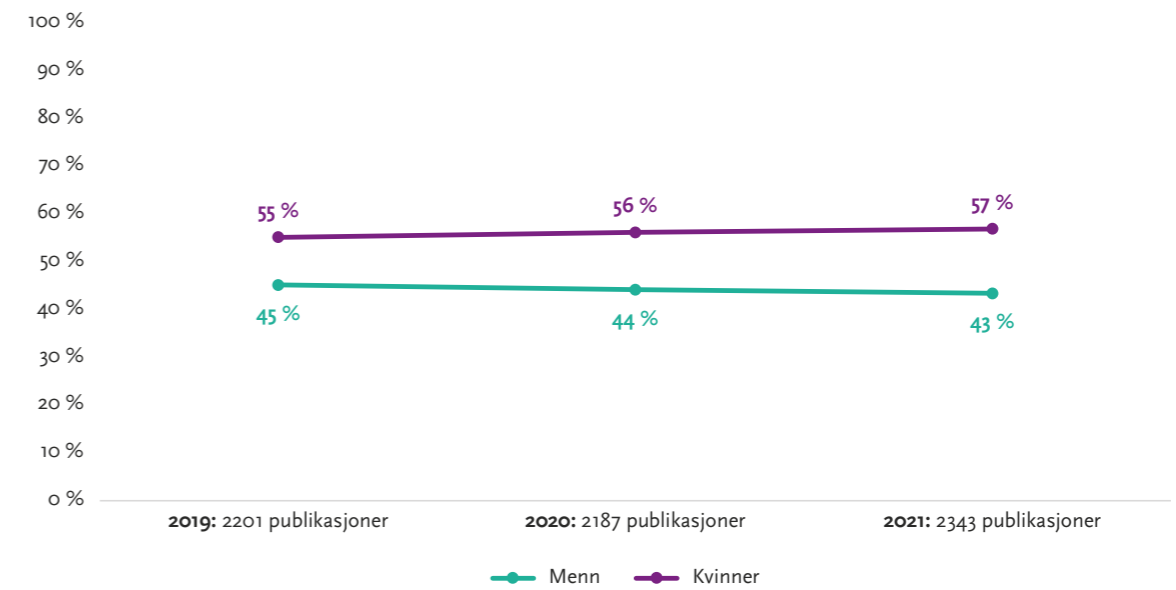
— Mann — Kvinne

Publiserende forskere 2011 og 2021, fordelt på alder og kjønn



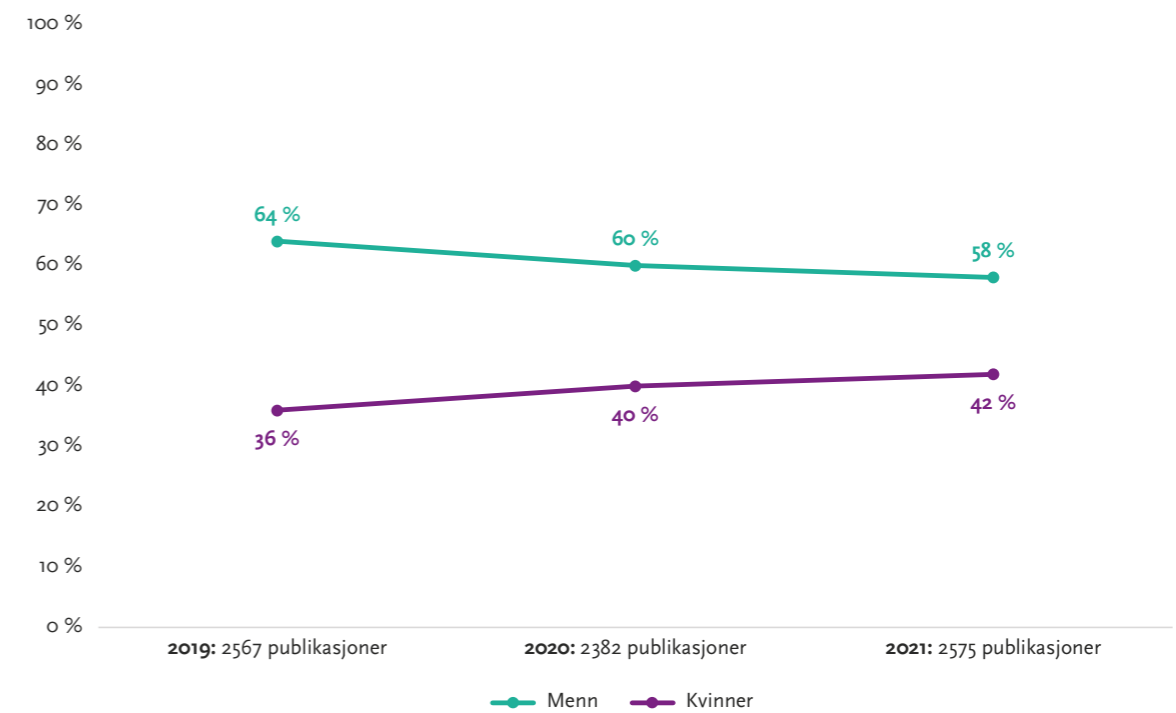
Figur 5: Kjønnfordeling av publiserende forskere etter alderskategori, 2011 og 2021. Krysningpunktet på alder for menn og kvinner har økt med rundt 15 år fra 2011 til 2021. Data fra Cristin.

Publikasjoner med førsteforfatterskap, fordelt på kjønn



Figur 6: Andel publikasjoner 2019–2021 der forskeren fra et sykehus er førsteforfatter, fordelt på kvinner og menn. Data fra Cristin.

Publikasjoner med sisteforfatterskap, fordelt på kjønn

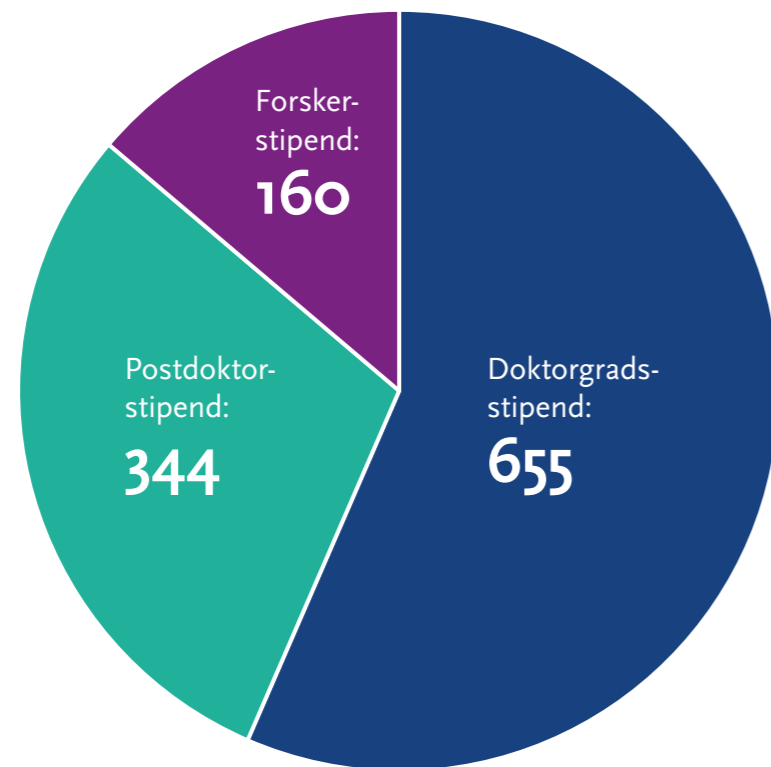


Figur 7: Andel publikasjoner 2019–2021 der forskeren fra et sykehus er sisteforfatter, fordelt på kvinner og menn. Data fra Cristin.

Stipendiater finansiert av regionale helseforetak

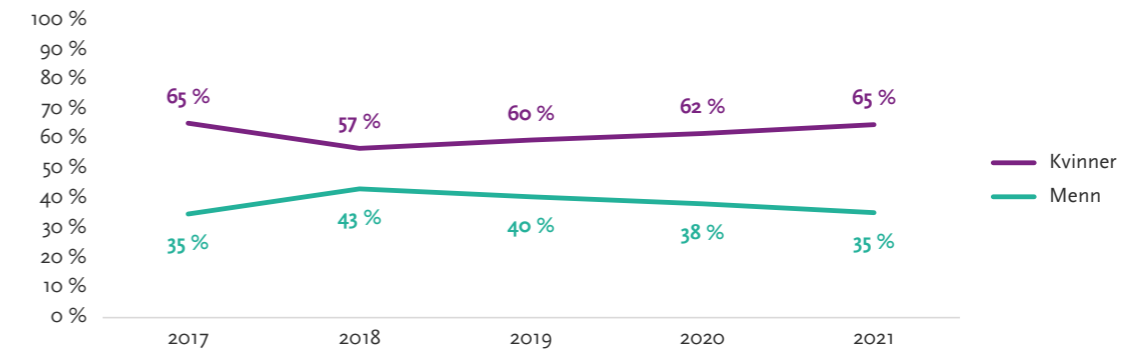
Oversikten over stipendiater omfatter tildelte stillinger i årene 2017–2021 som er finansiert av regionale forskningsmidler. Stipendene tildeles i hovedsak i 50 prosent (6 år) eller 100 prosent (3 år) stilling.

Stipendiater 2017–2021 finansiert av regionale forskningsmidler

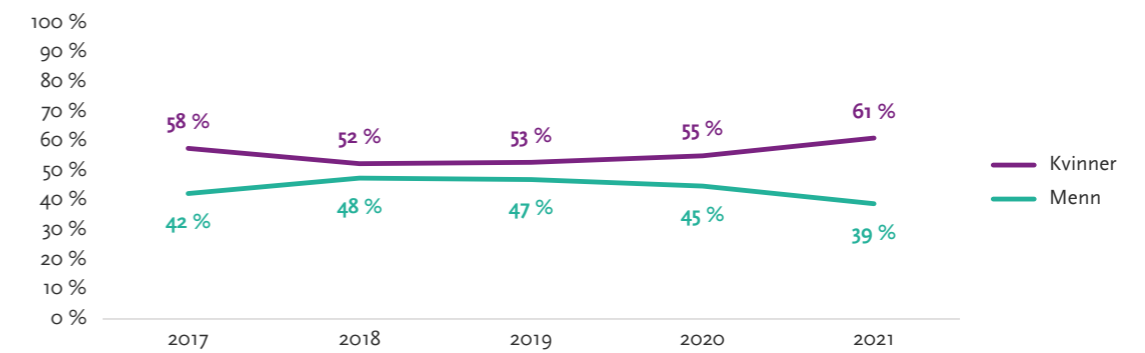


Figur 8: Antall stipendiater finansiert av regionale forskningsmidler og tildelt i årene 2017–2021. Data fra de regionale helseforetakene.

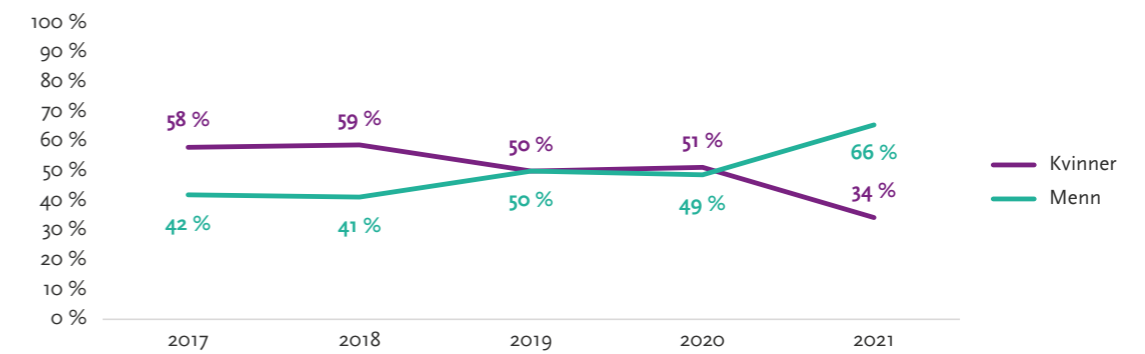
Tildelte doktorgradstipend 2017–2021, fordelt på kjønn



Tildelte postdoktorstipend 2017–2021, fordelt på kjønn



Tildelte forskerstipend 2017–2021, fordelt på kjønn



Figur 9: Stipendiater samlet for alle regionale helseforetak, finansiert av regionale forskningsmidler, fordelt på type stilling og kjønn. Data fra de regionale helseforetakene.

Fagområder og type forskning

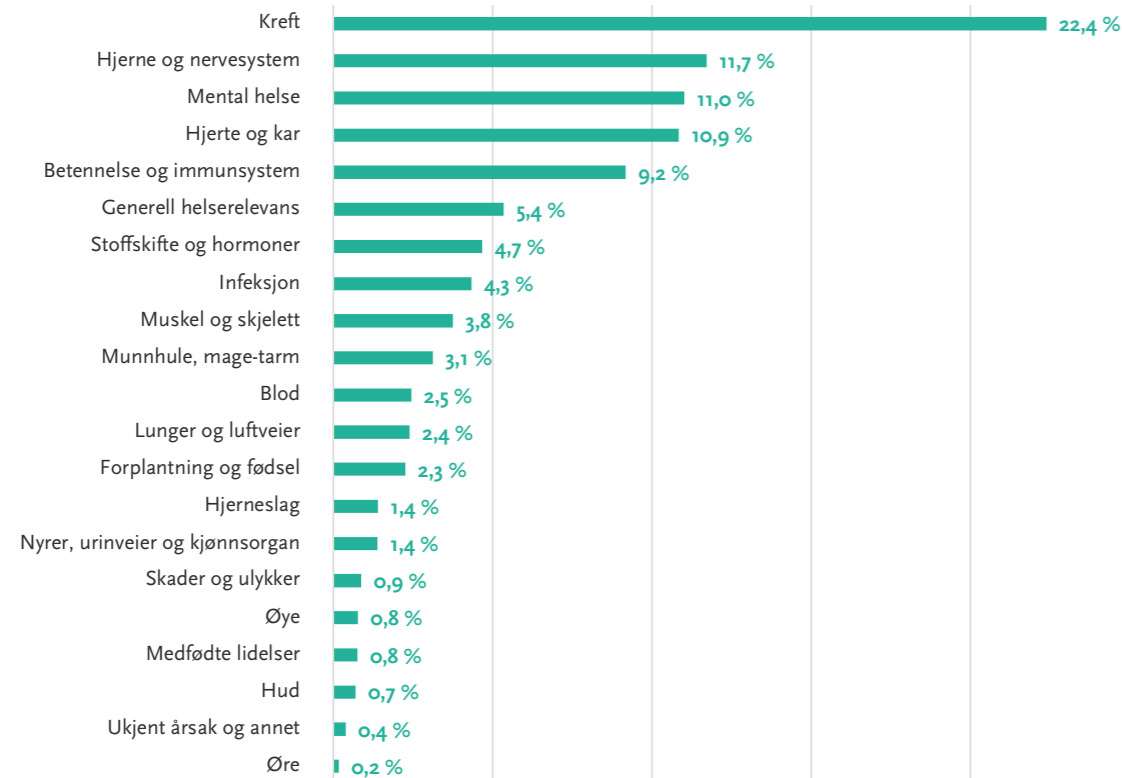
Forskere som har mottatt midler fra de regionale helseforetakene, klassifiserer sine prosjekter gjennom årsrapporteringen.

Health Research Classification System (HRCS) er et klassifiseringssystem som opprinnelig ble utviklet i Storbritannia. Det er blitt tatt i bruk i en rekke land. Systemet er todimensjonalt med en inndeling i helsekategorier (Health

Categories) og forskningsaktivitet (Research Activity Codes). I førstnevnte kategori kan det velges inntil fem kategorier for hvert prosjekt, mens det for sistnevnte kan velges inntil to kategorier. Forskere med finansiering

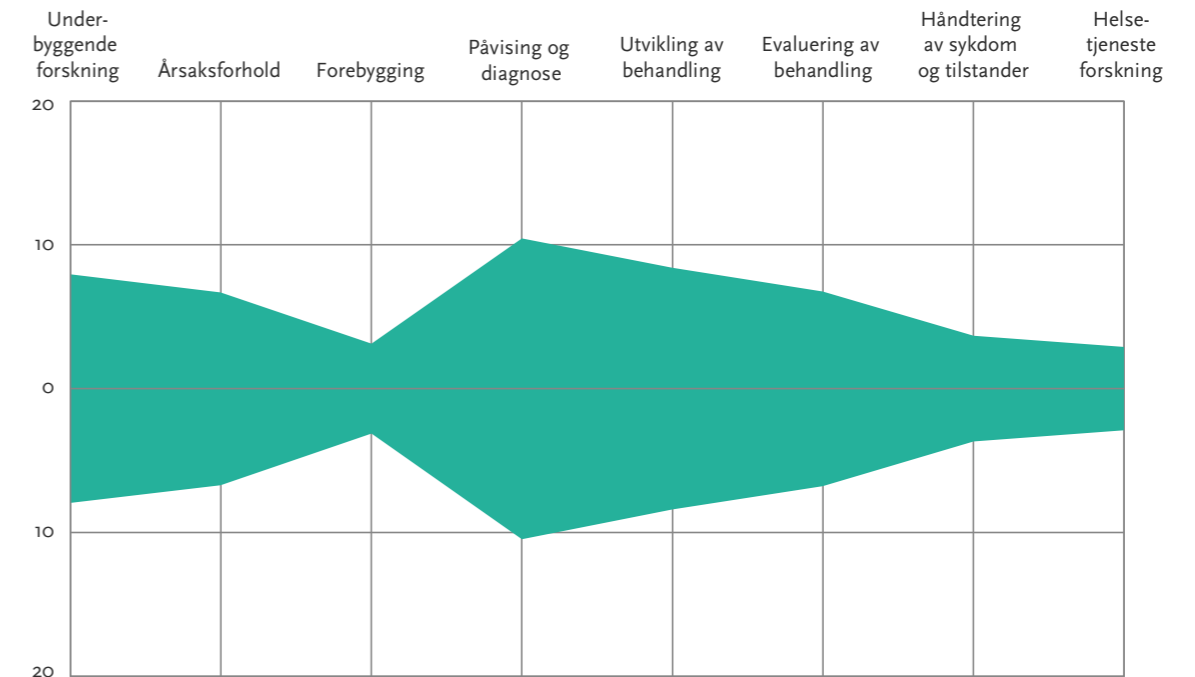
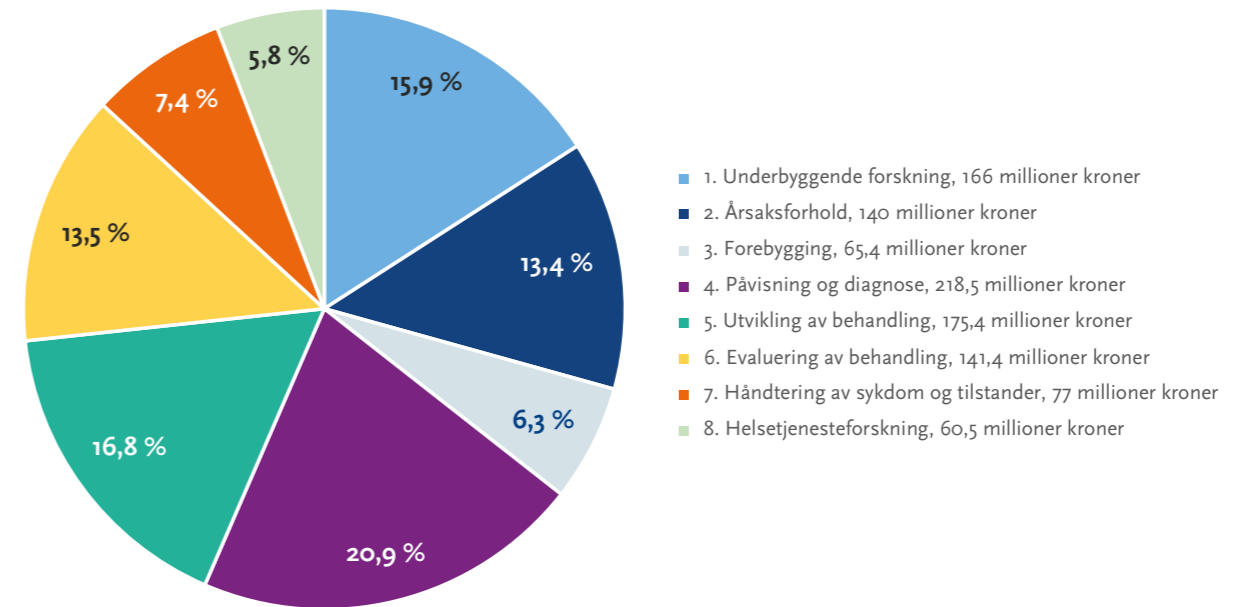
fra de regionale helseforetakene, klassifiserer selv prosjektet etter begge dimensjoner. Det presenteres tall for alle regionale helseforetak samlet.

Regionale forskningsmidler 2021, fordeling av midler etter fagområde



Figur 10: Regionale forskningsmidler 2021 for alle regionale helseforetak samlet, fordelt på fagområde. I alt 1 044 millioner kroner. Data fra eRapport.

Tildelte forskningsmidler 2021 – alle RHF

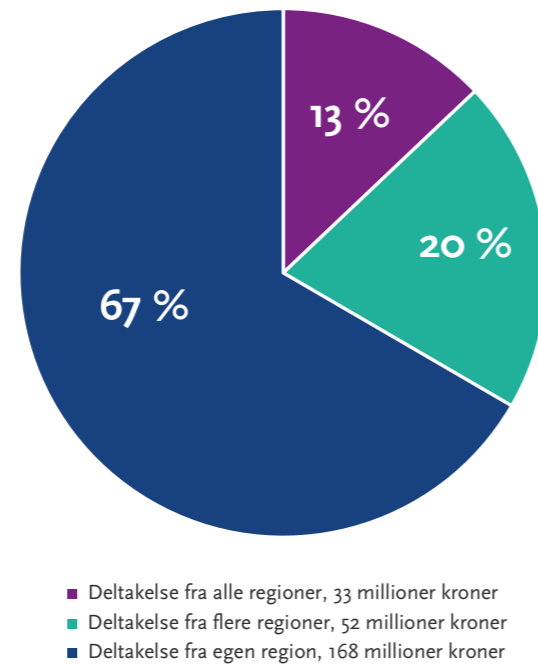


Figur 11: Regionale forskningsmidler 2021 for alle regionale helseforetak samlet, fordelt på forskningsaktivitet. I alt 1 044 millioner kroner. Data fra eRapport.

Kliniske intervensjonsstudier er kliniske studier som inkluderer forsøkspersoner som mottar ingen, en eller flere intervensjoner (legemiddel, diett, annen ytre påvirkning), hvor formålet er å undersøke biomedisinske eller helserelaterte utfall. Ofte vil slike studier prospektivt fordele forsøkspersoner i behandlings- og kontrollgrupper for å undersøke et årsaks-virkningsforhold.

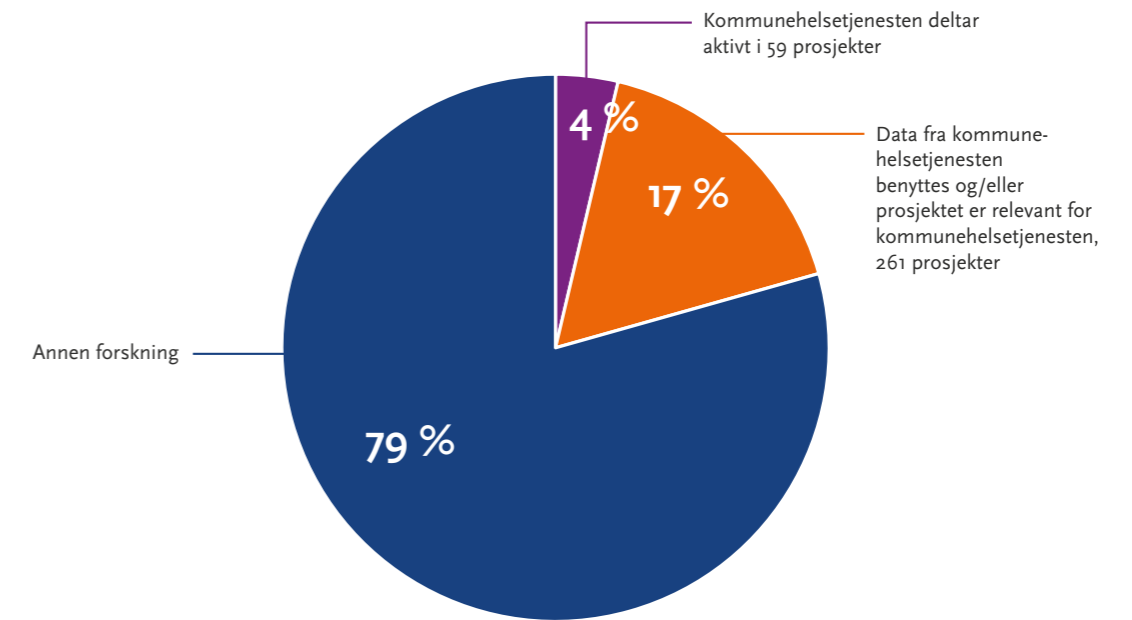
Kliniske studier kan være kliniske intervensjonsstudier, men også longitudinelle studier (følger personer over mange år), observasjonsstudier, studier på materiale fra pasientkohorter og populasjonsstudier. Det er langt flere som oppgir at prosjektet er en klinisk studie (68 prosent av prosjektene) enn en klinisk intervensjonsstudie (24 prosent av prosjektene).

Kliniske intervensjonsstudier 2021



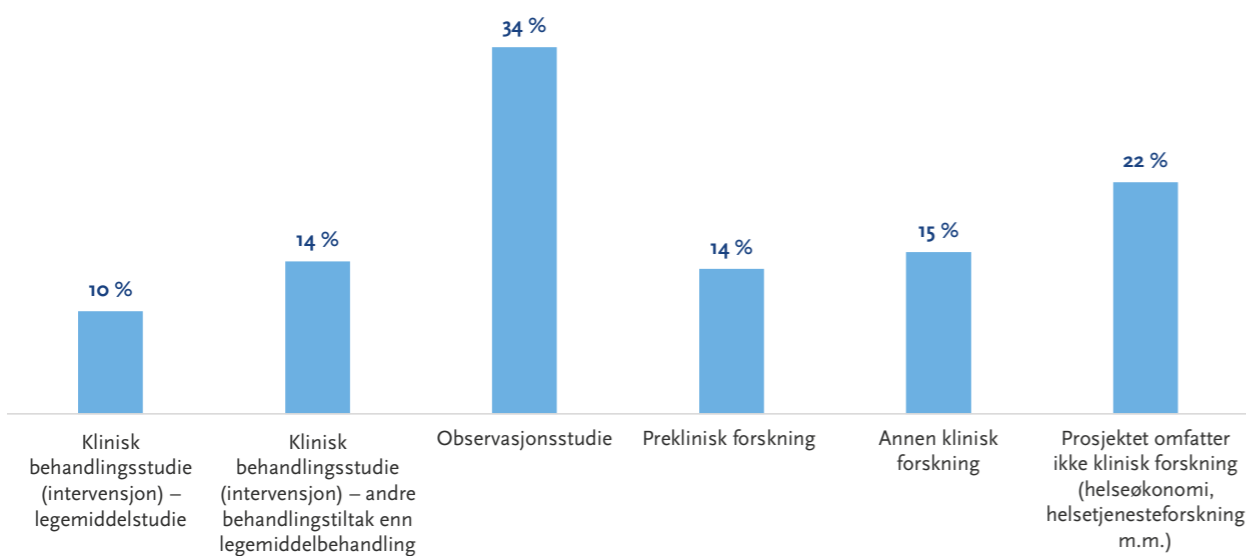
Figur 12: Figuren viser geografisk deltakelse i kliniske intervensjonsstudier i 2021. Andel midler er regnet ut fra midler tildelt prosjekter som har rapportert at de er kliniske intervensjonsstudier. Merk: Klinbeforsk er ikke med i tallene. *Data fra eRapport.*

Forskning som omfatter kommune- og spesialisthelsetjenesten



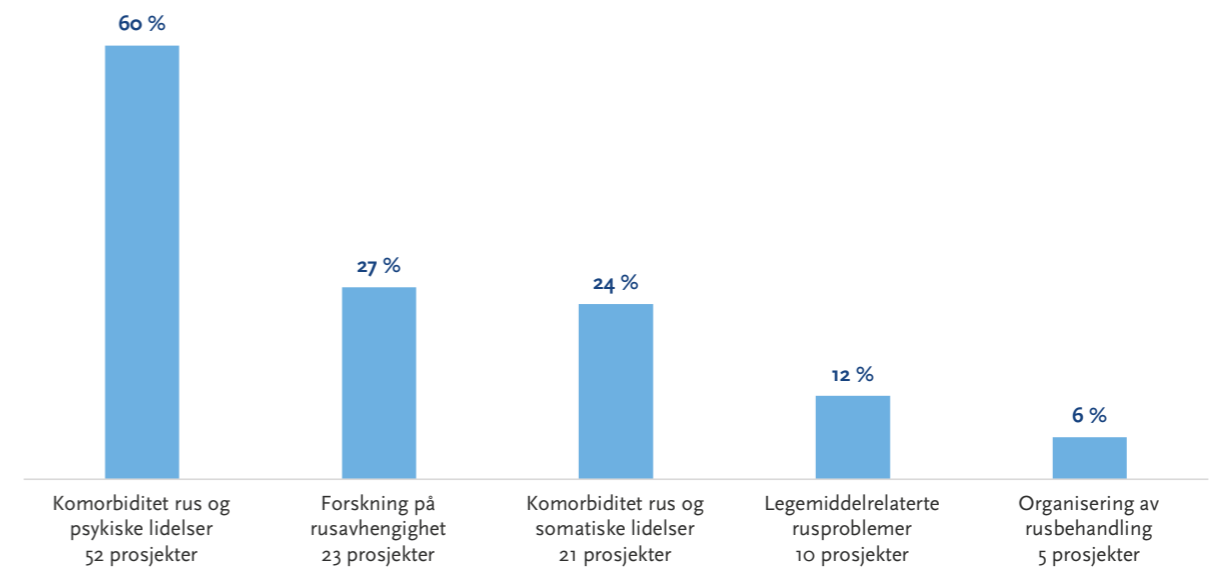
Figur 14: Andel regionale forskningsmidler til prosjekter med aktivt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten eller der forskningen på annen måte er relevant for kommunehelsetjenesten. *Data fra eRapport.*

Forskning finansiert av regionale forskningsmidler 2021



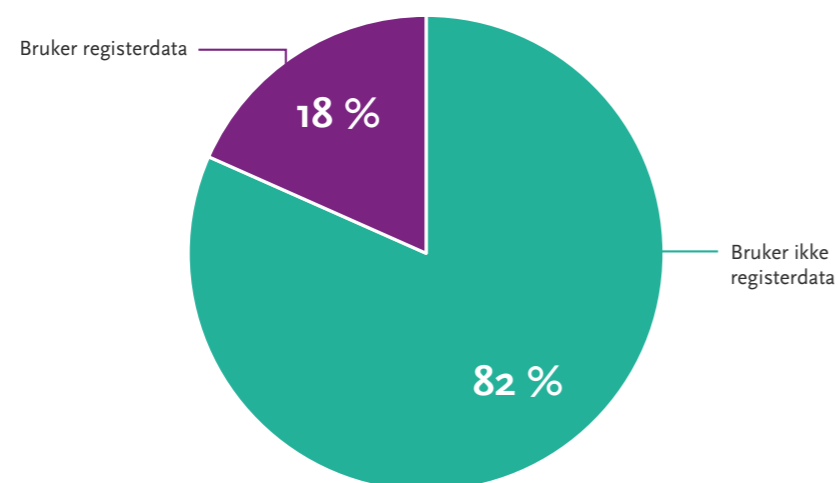
Figur 13: Figuren viser hvilke type forskning som er finansiert av regionale forskningsmidler i 2021, og viser andel prosjekter innen hver kategori. De prosjektansvarlige har hatt mulighet til å velge flere alternativer, og 9 prosent av prosjektene har oppgitt to eller flere alternativ. 65 prosent av regionale forskningsmidler i 2021 gikk til klinisk forskning. *Data fra eRapport.*

86 prosjekter fordelt på type rusforskning



Figur 15: Andel prosjekter som omfatter rusforskning, fordelt på type rusforskning. Forskerne har hatt mulighet til å velge flere alternativer, og i 21 prosent av rusforskningsprosjektene er det valgt mer enn ett alternativ. Andelen prosjekter innen hver kategori er regnet ut fra antall rusforskningsprosjekter, 86 prosjekter (5,3 prosent). Disse prosjektene fikk 5,7 prosent av regionale forskningsmidler i 2021, kr. 58 millioner. *Data fra eRapport.*

Bruk av registerdata 2021



Figur 16. Andel regionale forskningsmidler 2021 til prosjekter som benytter ett eller flere helseregistre. Andelen midler til prosjekter som benytter registerdata har økt fra 14 prosent i 2017 til 18 prosent i 2021. *Data fra eRapport.*

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre godkjennes av HelseDirektoratet etter angitte kriterier som beskrevet i veileder for medisinske kvalitetsregistre. Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet på behandlingen pasienten får, og redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet.

Lenke til nettside: <https://www.kvalitetsregistre.no/>

Sentrale helseregistre er etablert for å ivareta landsomfattende helseoppgaver, og er opprettet med hjemmel i helseregisterloven og forskrifter.

Lenke til nettside: <https://www.fhi.no/div/datatilgang/om-sentrale-helseregistre/>

Sentrale registre	Antall prosjekter
Norsk pasientregister	110
Dødsårsaksregisteret	105
Kreftregisteret	64
Reseptbasert legemiddelregister	63
Medisinsk fødselsregister	44
Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser	15
Kommunalt pasient- og brukerregister	14
Folkeregisteret	13
Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)	6
Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS)	3
Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)	3
Forsvarets helseregister	2
Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS)	1
Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM)	1

Tabell 2: Sentrale registre som benyttes i forskning finansiert av regionale forskningsmidler. Data fra 14 av 18 sentrale registre (inkl. Folkeregisteret) er benyttet i minst ett forskningsprosjekt. *Data fra eRapport.*

Nasjonale registre	Antall prosjekter
Norsk hjerteinfarktregister	13
Norsk nyregister	12
Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC)	12
Norsk hjerneslagregister	10
Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes	7
Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi	5
Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer, ROAS	5
Norsk MS-register og biobank	5
Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten - NorKog	5
Nasjonalt hoftebruddregister	4
Norsk diabetesregister for voksne	4
Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP)	4
Norsk nyfødte medisinsk kvalitetsregister	4
Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft	3
Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft	3
Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft	3
Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft	3
Nasjonalt register for leddproteser	3
Norsk ryggmargsskaderegister	3
Nasjonalt traumeregister	2
Norsk intensiv- og pandemiregister	2
Norsk nakke- og ryggregister	2
Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast)	2
Gastronet	1
Nasjonalt korsbåndregister	1
Norsk hjertekirurgiregister	1
Norsk hjertesviktregister	1
Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)	1
Norsk kvinnelig inkontinensregister	1
Norsk porfyriregister	1
Norsk register for arvelige og medfødte nevrologiske sykdommer	1
Register for hidradenitis suppurativa	1

Tabell 3: Nasjonale registre som benyttes i forskning finansiert av regionale forskningsmidler. Data fra 32 av 51 registre som har nasjonal status i 2021, benyttes i minst ett forskningsprosjekt. *Data fra eRapport.*

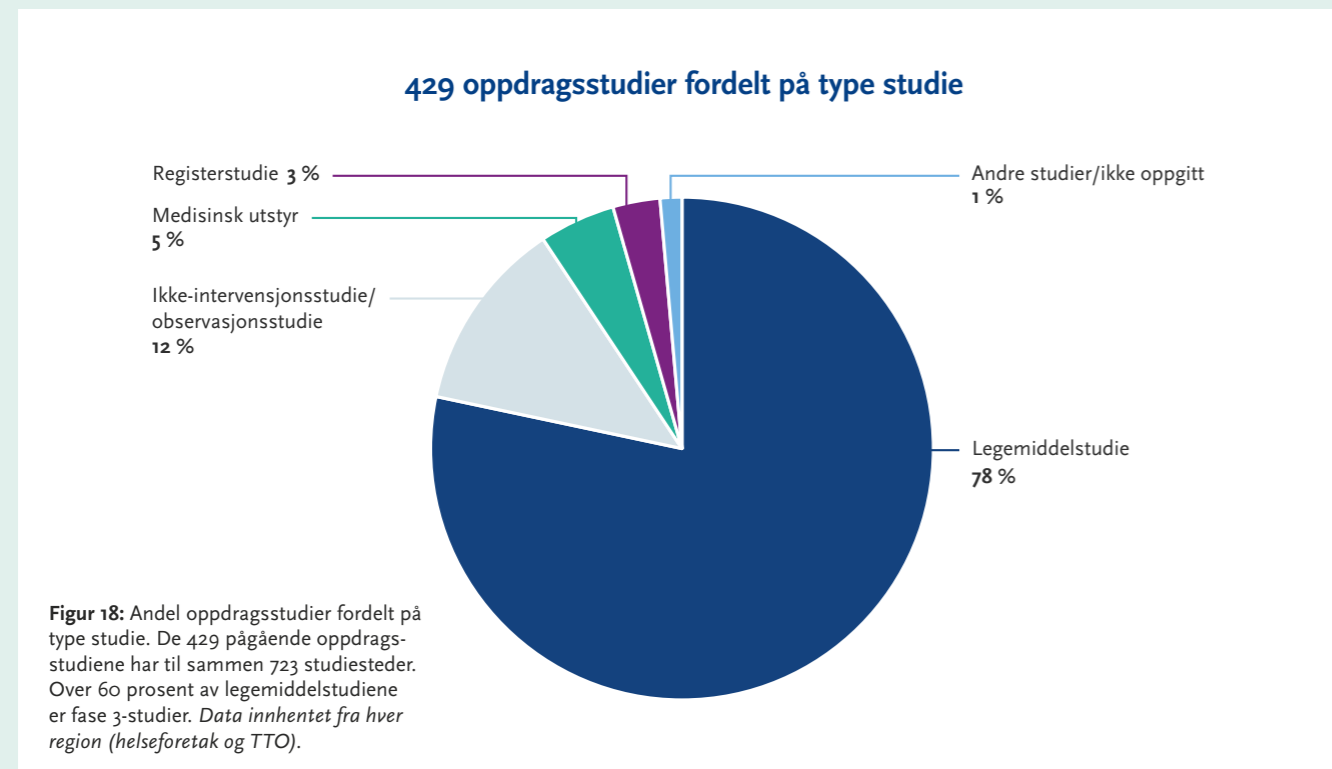
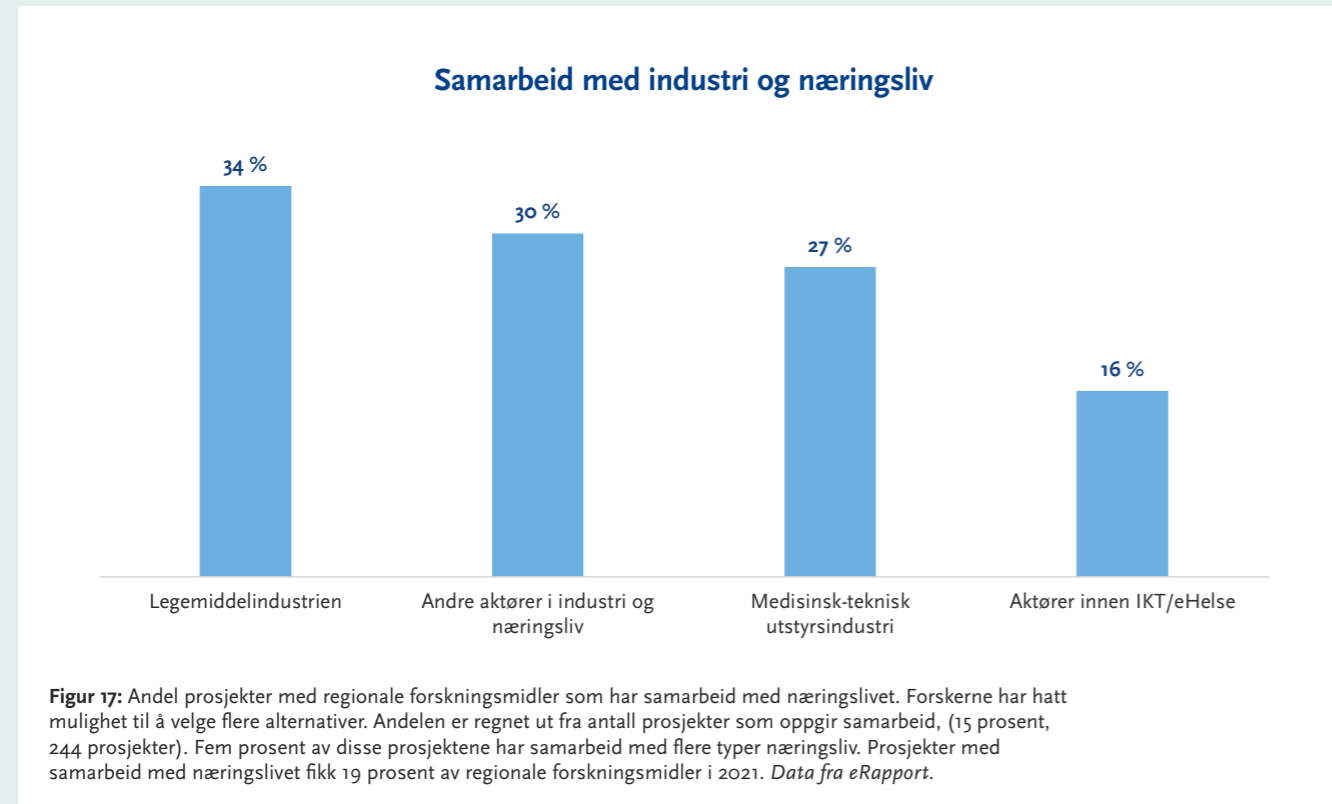
Sentrale registre som har vært blant de tre mest brukte registrene, 2017-2021	Antall ganger
Dødsårsaksregisteret	5
Norsk pasientregister	5
Kreftregisteret	4
Reseptbasert legemiddelregister	1

Nasjonale registre som har vært blant de tre mest brukte registrene, 2017-2021	Antall ganger
Norsk nyregister	5
Norsk hjerneslagregister	4
Norsk hjerteinfarktregister	3
Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes	1
Nasjonalt register for leddproteser	1
Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC)	1
Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten - NorKog	1

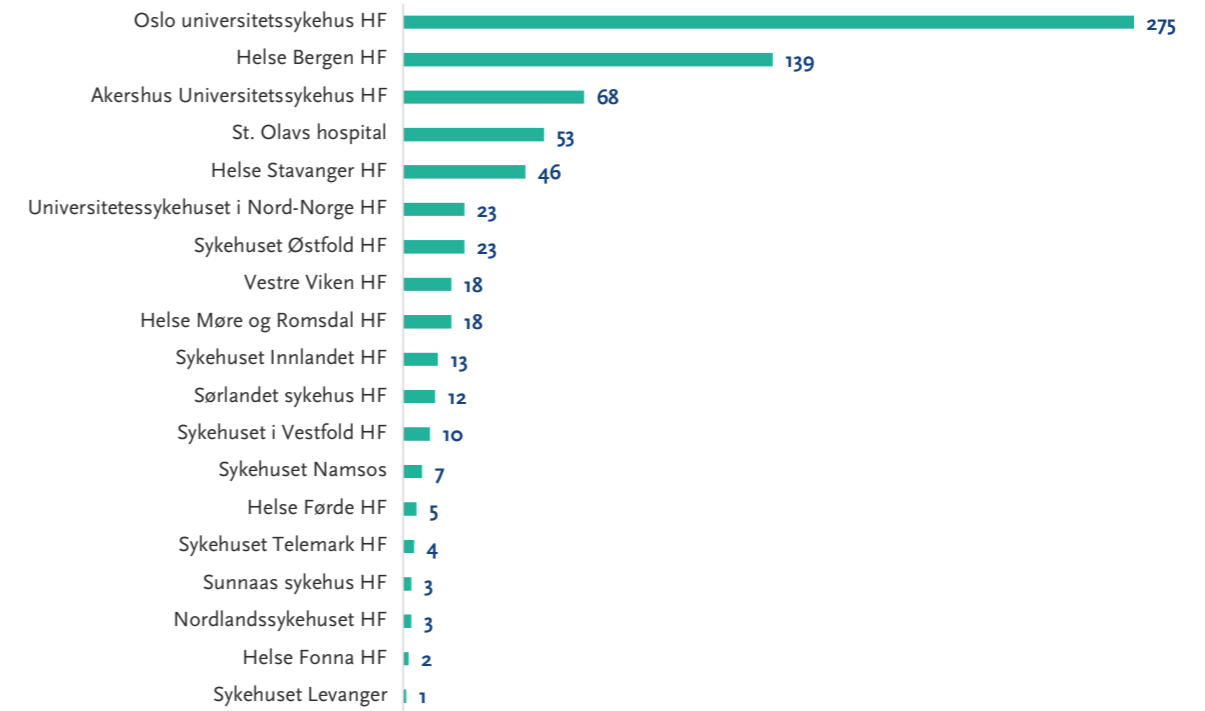
Tabell 4: Sentrale og regionale registre som er brukt i flest prosjekter i årene 2017–2021. Oversikten baserer seg på en årlig topp tre-liste, og viser hvor mange ganger registret har vært blant topp tre i perioden. *Data fra eRapport.*

Samarbeid med industri og næringsliv

I Stortingsmelding 18 (2018–2019) om helsenæringen pekes det på at offentlige helse- og omsorgstjenester kan ha mye å tjene på et bedre samarbeid med næringslivet og dra nytte av innovasjonskraften, kompetansen og ressursene som finnes i bedrifter. Forskere som får regionale forskningsmidler, skal gjøre rede for i hvilken grad de har slikt samarbeid.

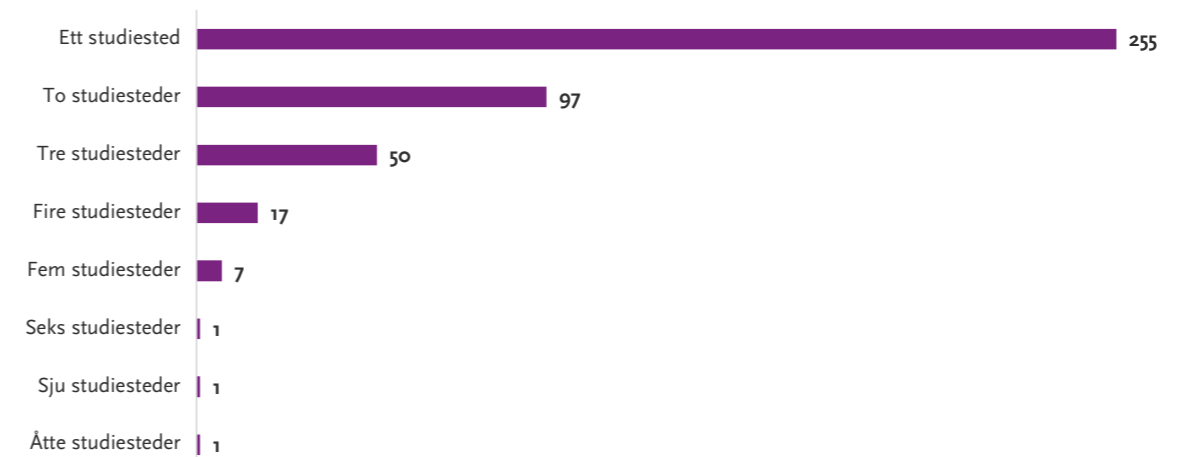


Oppdragsforskning i helseforetakene



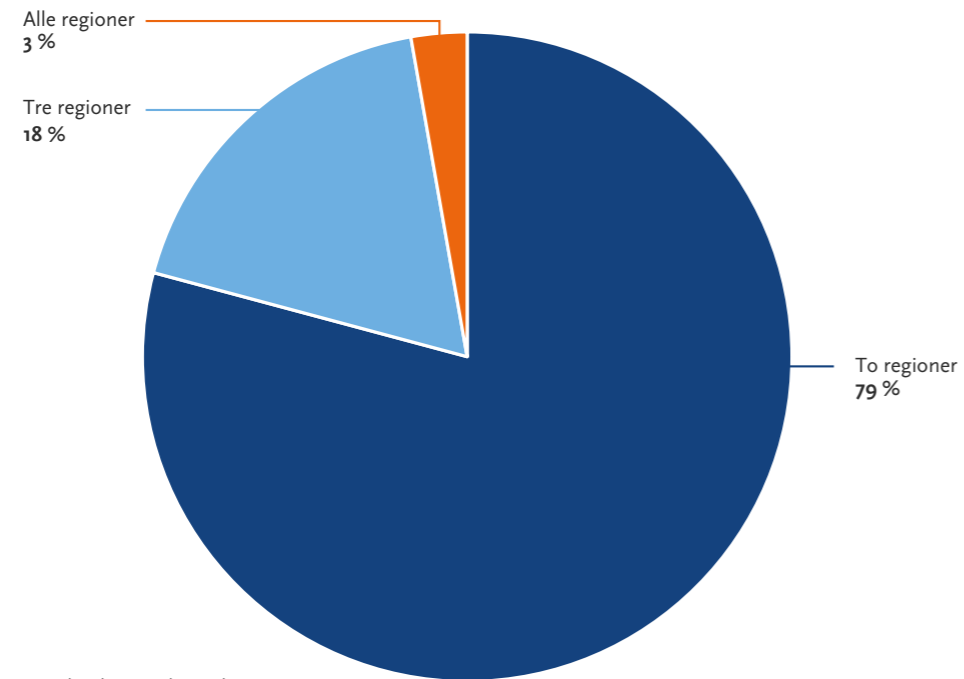
Figur 19: Oversikt over oppdragsforskning i helseforetakene. Figuren viser antall studiesteder for alle studier som helseforetaket er med på. 19 sykehus er inne på listen. *Data innhentet fra hver region (helseforetak og TTO).*

Antall studiesteder per oppdragsstudie



Figur 20: Oversikt over studiesteder per oppdragsstudie. 59 prosent av studiene (255 studier) har ett studiested, mens de øvrige prosjektene prøves ut på mellom to og åtte studiesteder. *Data innhentet fra hver region (helseforetak og TTO).*

144 studier der helseforetak i minst to regioner deltar



Figur 21: 144 oppdragsstudier har studiested i minst to helseregioner. Figuren viser at de fleste av disse studiene har studiesteder i to regioner. Andel på hver kategori er regnet ut fra studier der minst to regioner er involvert (144 studier). Data innhentet fra hver region (helseforetak og TTO).

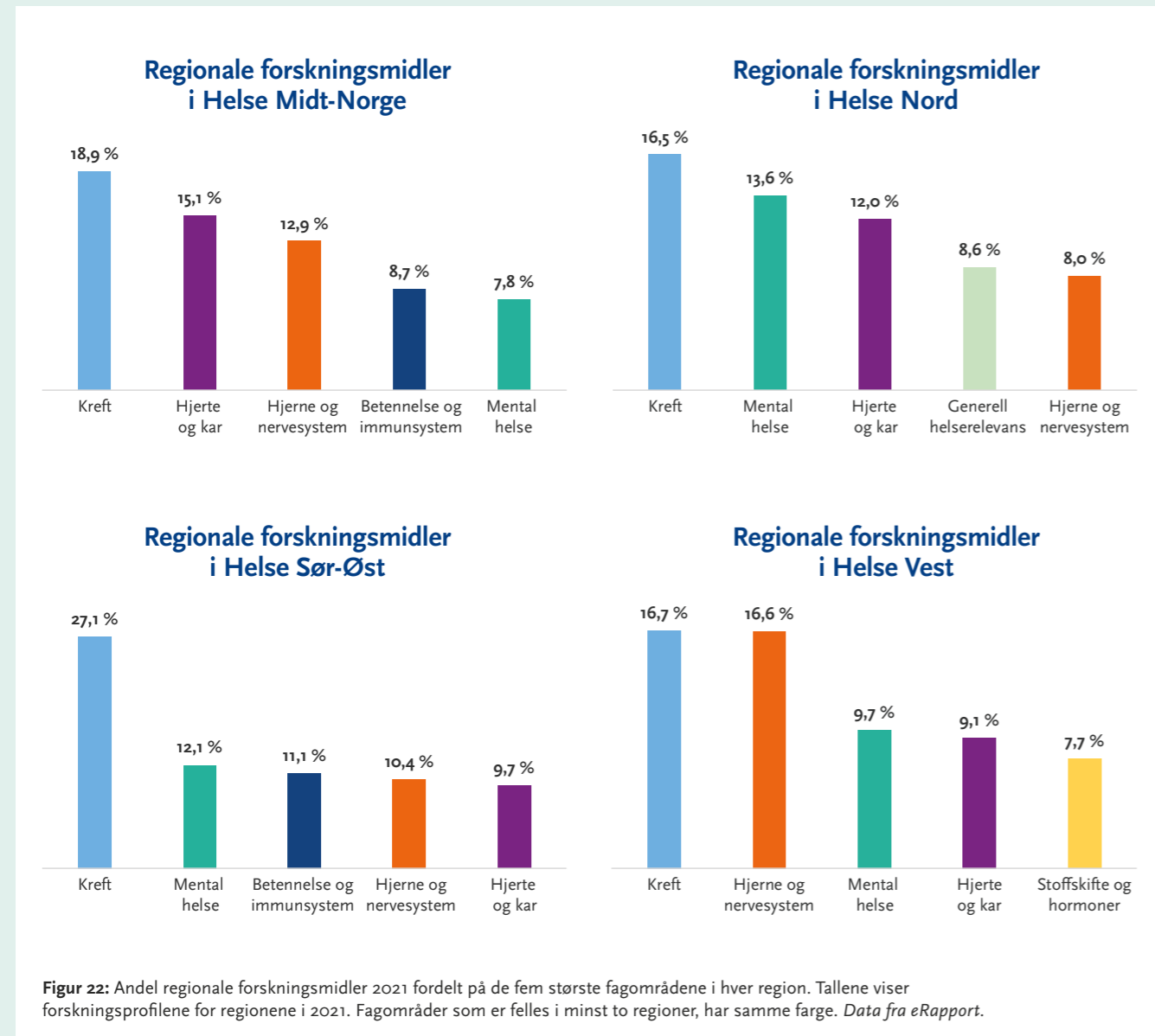
Sponsor	Antall oppdragsstudier
Novartis	39
MSD	31
Bristol-Myers Squibb	22
Sanofi	19
Bayer	16
Roche	16
Abbvie	14
Novo Nordisk	13
Pfizer	12
Astra Zeneca	10

Tabell 5: Liste over topp ti firma som sponser flest oppdragsstudier i helseforetakene i 2021. Over 130 forskjellige sponsorer er nevnt i oversiktene fra helseforetakene. Data innhentet fra hver region (helseforetak og TTO).



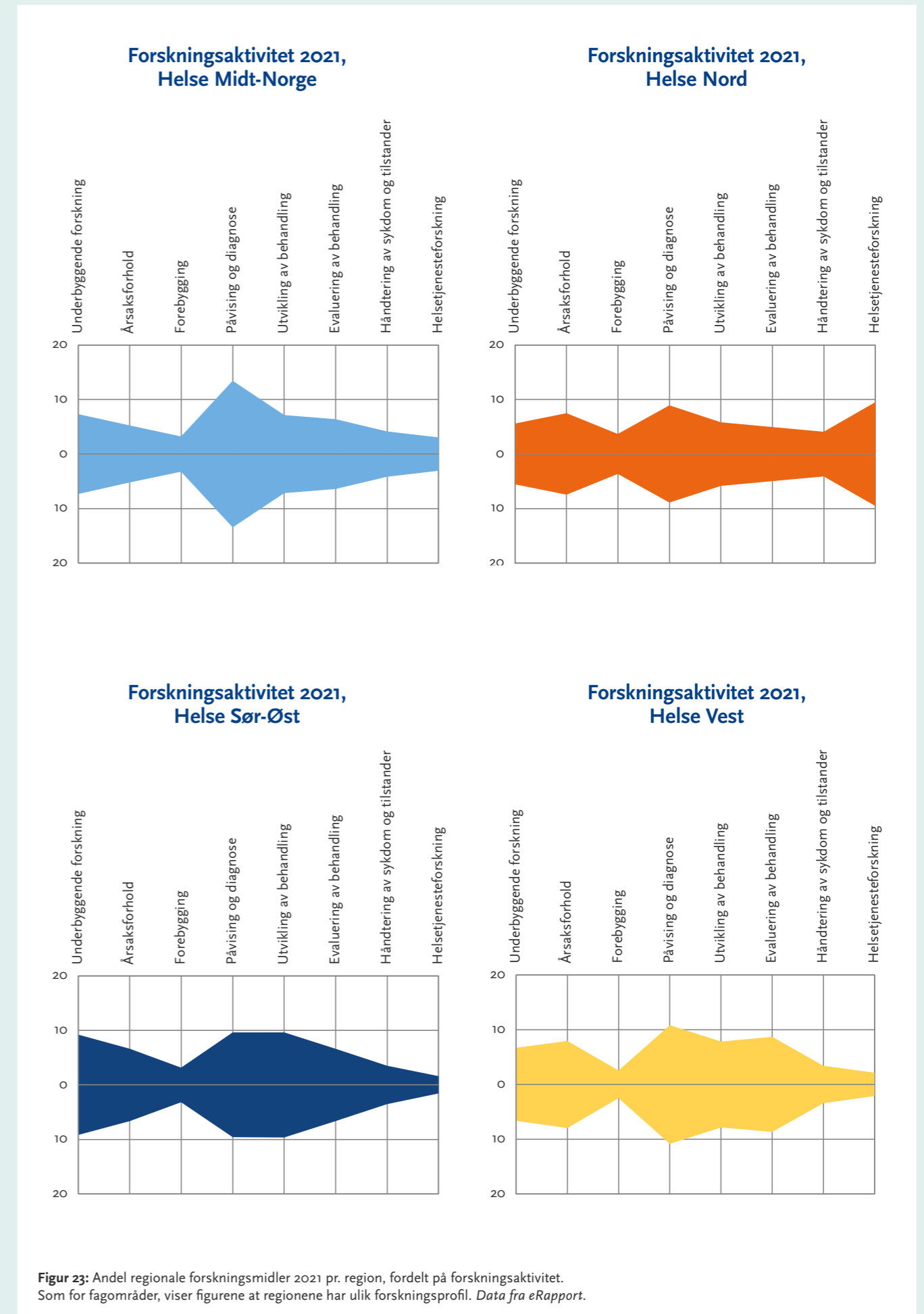
Foto: Katrine Sunde

Regionale nøkkeltall

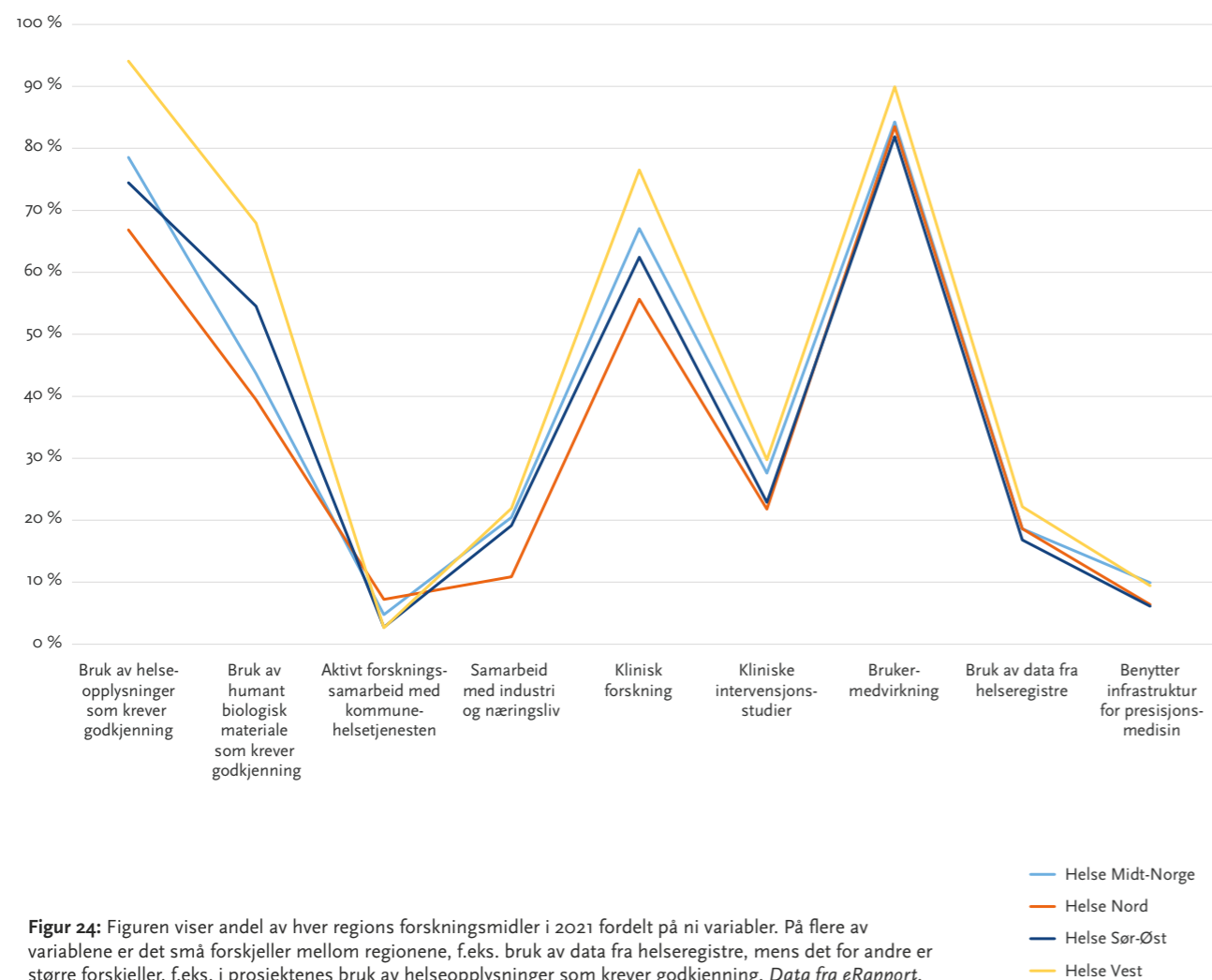


	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Totalt
1. Underbyggende forskning	14,7 %	11,1 %	18,4 %	13,3 %	15,9 %
2. Årsaksforhold	10,4 %	14,9 %	13,2 %	15,9 %	13,4 %
3. Forebygging	6,5 %	7,3 %	6,4 %	5,0 %	6,3 %
4. Påvisning og diagnose	26,9 %	17,8 %	19,2 %	21,6 %	20,9 %
5. Utvikling av behandling	14,3 %	11,6 %	19,3 %	15,7 %	16,8 %
6. Evaluering av behandling	12,8 %	9,9 %	13,3 %	17,3 %	13,5 %
7. Håndtering av sykdom og tilstander	8,3 %	8,2 %	7,0 %	6,8 %	7,4 %
8. Helsetjenesteforskning	6,1 %	19,1 %	3,2 %	4,2 %	5,8 %
Millioner kroner	194,9	124,2	533,6	191,3	1 044,1

Tabell 6: Andel regionale forskningsmidler 2021 pr. region og samlet, fordelt på forskningsaktivitet. De regionale tallene illustreres også i figur 23. Data fra eRapport.



Kjennetegn ved regionale forskningsmidler



Figur 24: Figuren viser andel av hver regions forskningsmidler i 2021 fordelt på ni variabler. På flere av variablene er det små forskjeller mellom regionene, f.eks. bruk av data fra helseregistre, mens det for andre er større forskjeller, f.eks. i prosjektenes bruk av helseopplysninger som krever godkjenning. *Data fra eRapport.*



Foto: Katrine Sunde

Innovasjon

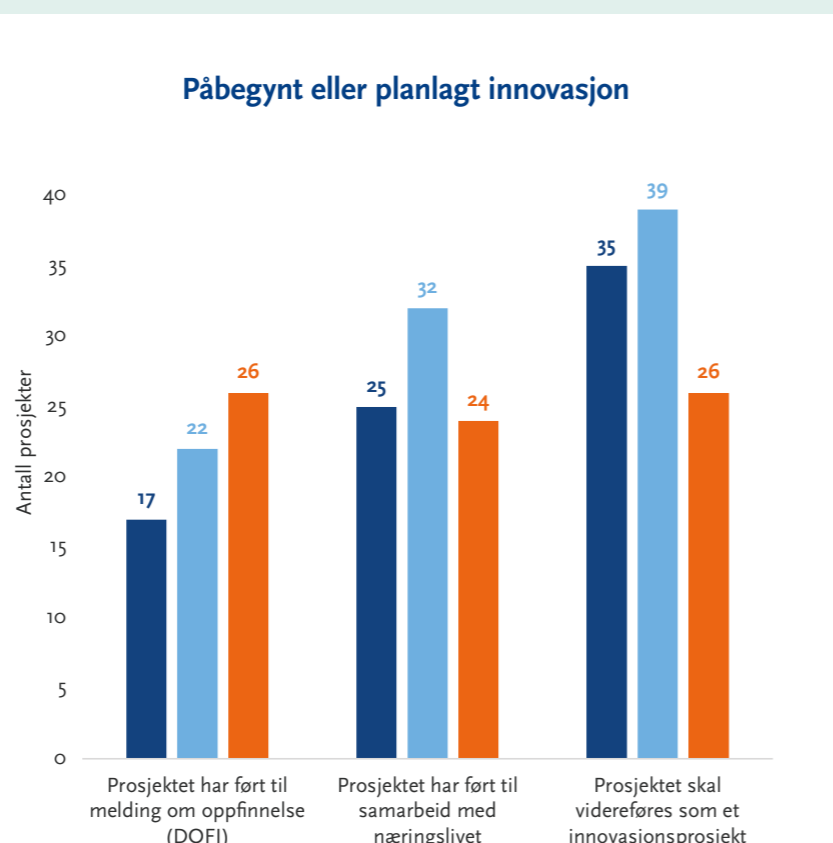
Innovasjon er et nytt produkt, en ny tjeneste, en ny produksjonsform eller en ny organisasjonsform som skaper nye verdier i form av økt kvalitet, effektivitet, produktivitet i helse- og omsorgstjenesten og/eller økt tilfredshet hos pasienter, pårørende og ansatte. Innovasjon i helseforetakene kan springe ut av forskningsaktiviteter, ideer fra ansatte og brukere, ofte omtalt som behovsdrivet innovasjon, og ikke minst gjennom samarbeid med næringslivet.

Innovasjonsaktiviteten i helseforetakene måles blant annet i antall ideer som er meldt inn fra ansatte og brukere til idemottak i sykehusene og antall innovasjonsprosjekt som beveger seg fra én innovasjonsfase til neste i løpet av året. Antall lisensavtaler eller bedriftsetableringer viser utviklingen av innovasjon i helse-tjenesten som har et kommersielt potensial. Innovasjon som genereres av regionale forskningsprosjekter rapporteres årlig gjennom prosjektenes sluttrapport. I tillegg

gir innovasjonsprosjekter med regional finansiering en årlig status for prosjektene. Ikke all innovasjonsaktivitet i sykehusene fanges opp av etablerte målesystemer. Dette gjelder for eksempel innovasjon knyttet til store byggeprosjekt, innovative offentlige anskaffelser og innovasjonsaktivitet i foretakene som har annen finansiering enn regional finansiering.

Innovasjonspotensial i forskningsprosjekter

Forskningsprosjekter finansiert av de regionale helseforetakene kan levere sluttrapport når finansieringen er avsluttet. Forskeren skal gi et sammen- drag av oppnådde resultater og beskrive hvilke konsekvenser forskningsresultatene har for helsetjenesten, inkludert om prosjektet har ført til innovasjonsrealisering. I 2021 mottok RHF-ene 1 648 årsrapporter, av disse var 252 (15 prosent) sluttrapporter. 30 prosent av de som leverte sluttrapport har rapportert om påbegynt eller planlagt innovasjonsprosess med utgangspunkt i forskningsresultatene.



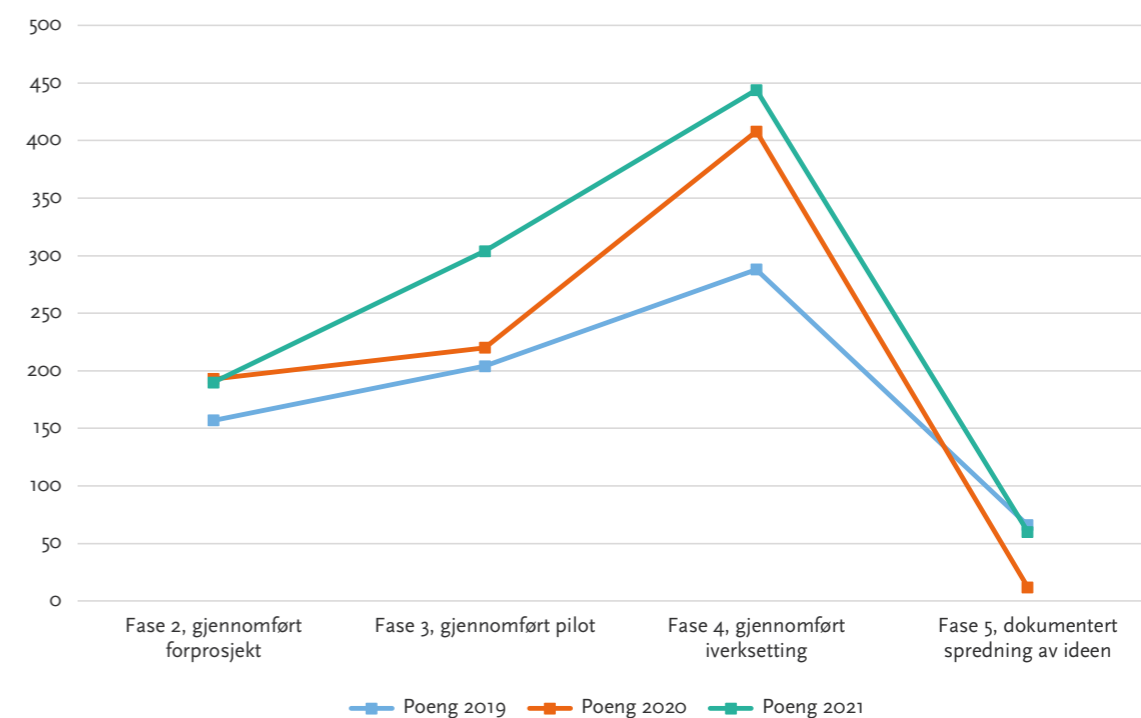
Figur 25. Innovasjonsrealisering for prosjekter finansiert av de regionale helseforetakenes forskningsmidler, 2019–2021. Data fra eRapport.

■ 2019 ■ 2020 ■ 2021

Innovasjonsindikatorer

Innovasjonsindikatorene er med på å synliggjøre innovasjonsaktiviteten i helseforetakene. Det skal rapporteres på både aktivitet og nytte. Indikatoren for nytte er fortsatt under utvikling, og det er derfor oversikt over aktivitet som presenteres i rapporten. Innovasjon måles også gjennom kommersialisering av ideer gjennom helseforetakenes teknologiselskaper (TTO-ene).

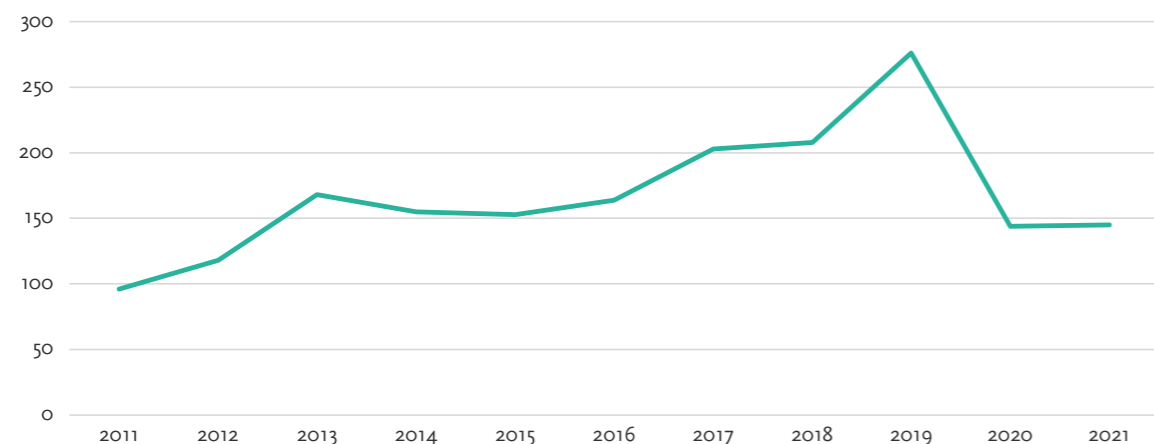
Innovasjonsindikator – poenggivende innovasjonsaktivitet



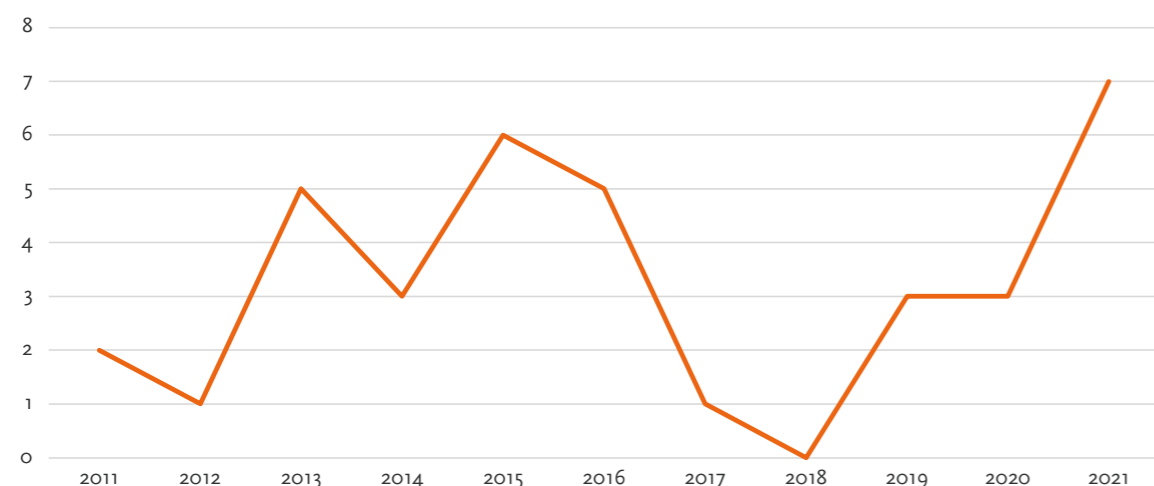
Innovasjonsaktivitet	Antall 2019	Poeng 2019	Antall 2020	Poeng 2020	Antall 2021	Poeng 2021
Idéfangst	575	0	425	0	347	0
Fase 1, ideen skal videreføres	298	0	263	0	262	0
Fase 2, gjennomført forprosjekt	157	157	193	193	190	190
Fase 3, gjennomført pilot	102	204	110	220	152	304
Fase 4, gjennomført iverksetting	72	288	102	408	111	444
Fase 5, dokumentert spredning av ideen	11	66	2	12	10	60
Totalt	1215	715	1095	833	1072	998

Figur 26. Indikator for innovasjonsaktivitet 2019–2021. Det er fasene 2-5 som utløser innovasjonspoeng. Data fra Induct.

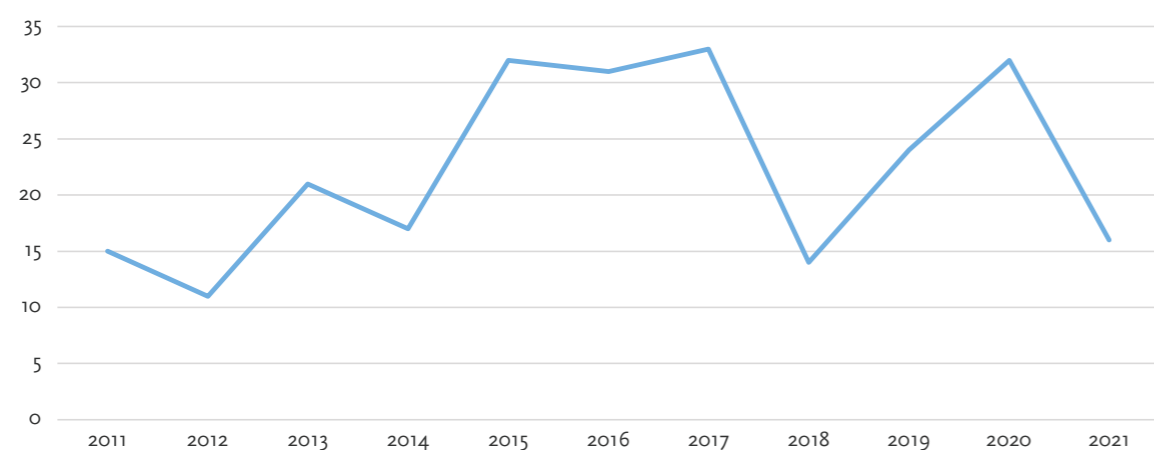
Antall forskningsbaserte forretningsideer som er vurdert



Antall gjennomførte bedriftsetableringer



Antall undertegnede lisensavtaler



Figur 27: Kommersialisering av ideer fra helseforetakene gjennom TTO-ene 2011–2021. Data fra Norges forskningsråd.

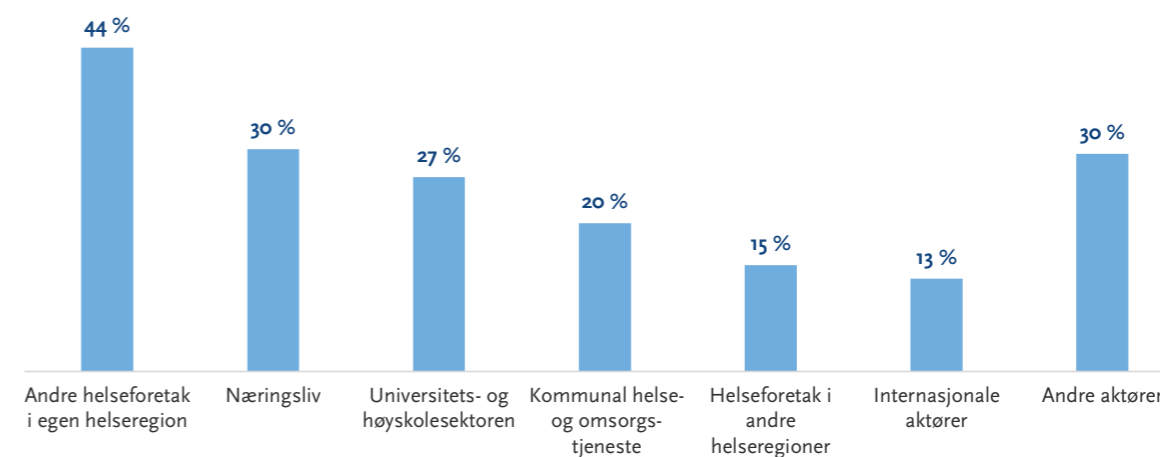
Regionale innovasjonsprosjekter

De regionale helseforetakene tildeler midler til innovasjonsprosjekter. 158 prosjekter har levert årsrapport for 2021, og samlet har disse prosjektene fått 127 millioner kroner (total tildeling over år). 22 prosent av prosjektene oppgir at innovasjonen har blitt tatt i bruk av andre helseforetak, både i egen region og andre regioner, og/eller av

kommunal helse- og omsorgstjeneste. Åtte prosent av prosjektene oppgir at InnoMed har veiledet prosjektet. Tre prosent har søkt om slik veiledning, men det ble ikke innvilget, mens 90 prosent ikke har hatt kontakt med InnoMed. 32 prosjekter (20 prosent) har levert sluttrapport med utgangspunkt i at finansieringen fra RHF-et er avsluttet.

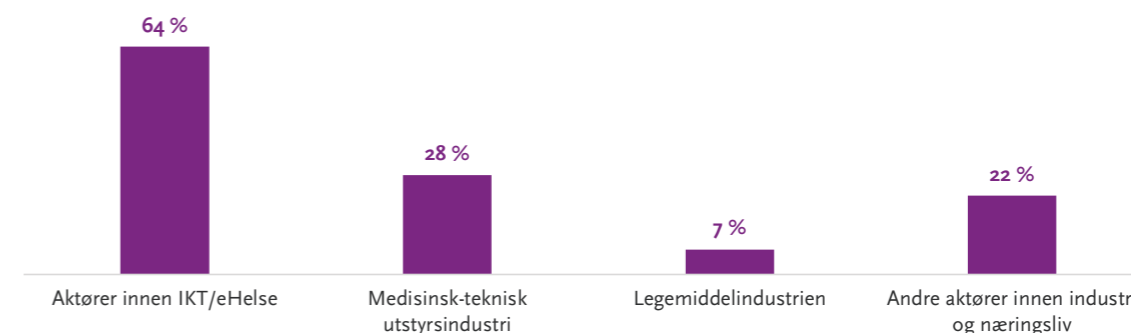
En tredjedel av disse oppgir at innovasjonsprosjektet skal videreføres, mens vel 40 prosent oppgir at prosjektet har ført til samarbeid med næringslivet eller melding om oppfinnelse (DOFI). Under presenteres noen flere trekk ved innovasjonsprosjektene.

Samarbeidspartnere i innovasjonsprosjekter



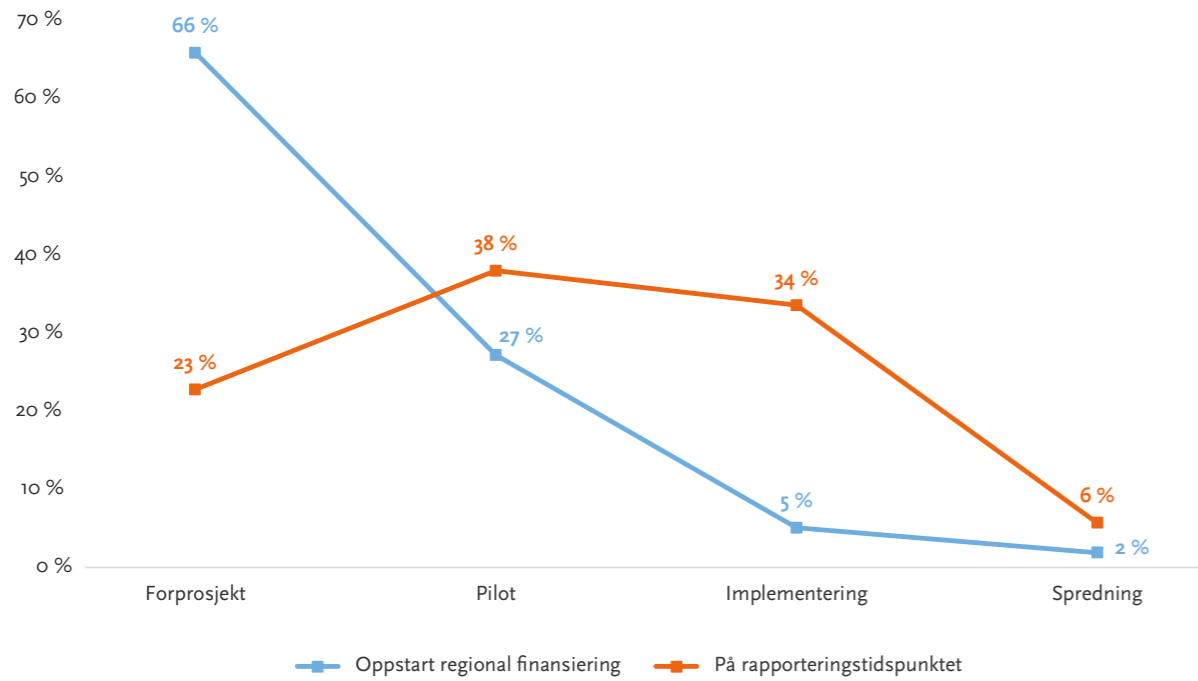
Figur 28: Oversikt over samarbeidspartnere i regionale innovasjonsprosjekter. Figuren viser hvor stor andel av prosjektene som har oppgitt de forskjellige aktørene. De prosjektansvarlige har hatt mulighet til å velge flere alternativer, og 45 prosent av prosjektene har oppgitt to eller flere samarbeidsaktører. Figuren viser blant annet at næringslivet er samarbeidspartner i 30 prosent av innovasjonsprosjekter finansiert av regionale midler. Data fra eRapport.

Samarbeid med industri og næringsliv



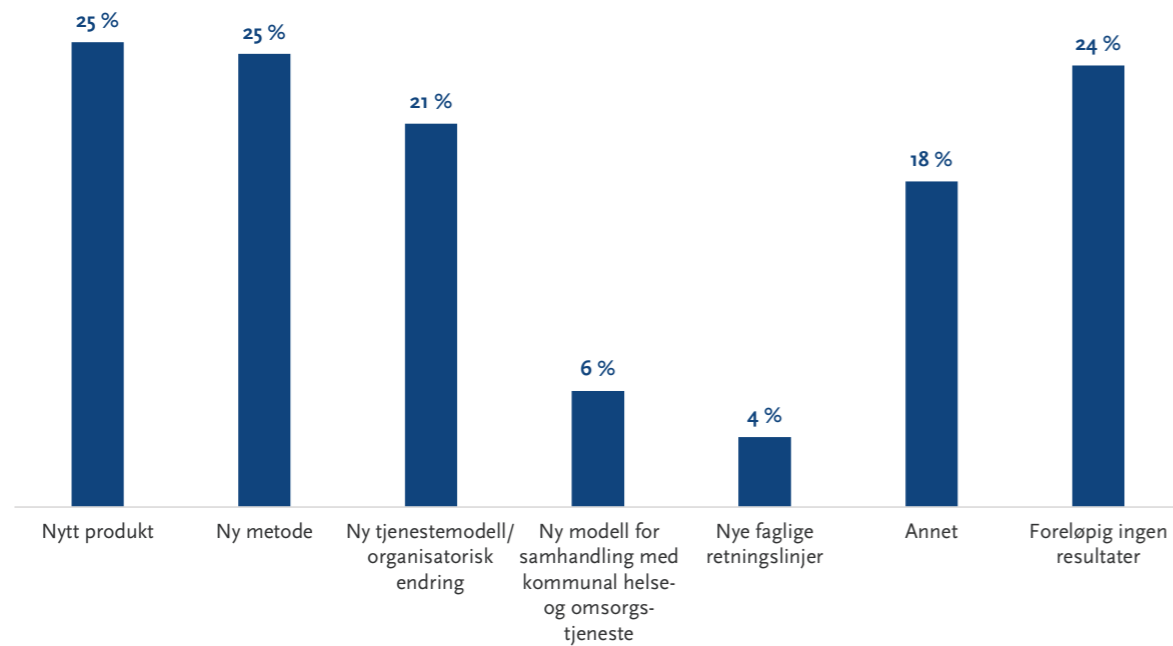
Figur 29: Andel innovasjonsprosjekter som har samarbeid med næringslivet fordelt på ulike aktører. De prosjektansvarlige har hatt mulighet til å velge flere alternativer. Andelen er regnet ut fra antall prosjekter som oppgir slikt samarbeid, (54 prosent, 86 prosjekter). 20 prosent av prosjektene som har oppgitt samarbeid med industri og næringsliv, har samarbeid med flere typer næringsliv. En stor andel har svart andre aktører. Data fra eRapport.

Hvor i innovasjonsløpet befinner prosjektet seg



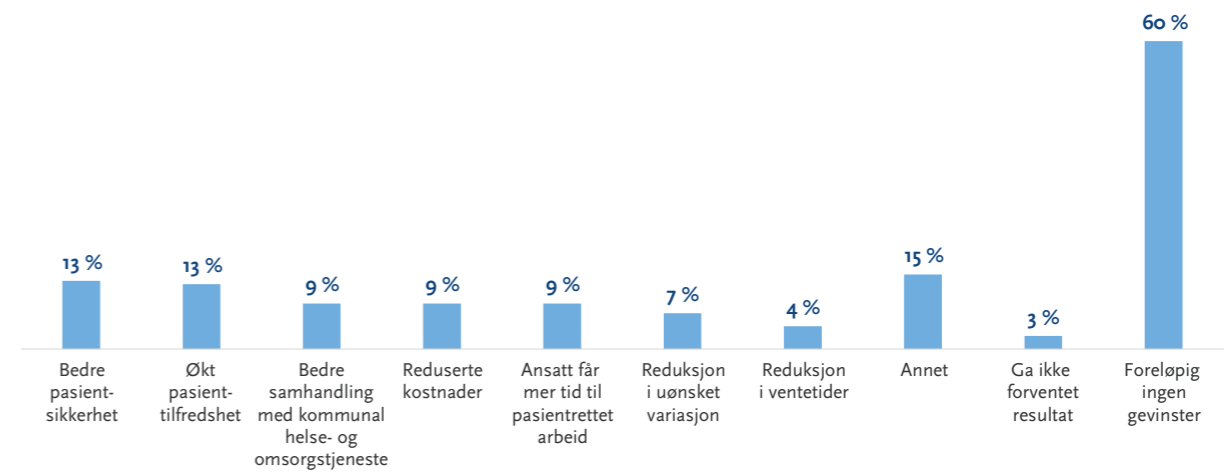
Figur 30: Andel innovasjonsprosjekter fordelt på hvor i innovasjonsløpet prosjektet befant seg ved oppstart av regionalt finansiering og på rapporteringstidspunktet. Data fra eRapport.

Resultater av innovasjonsprosjektene



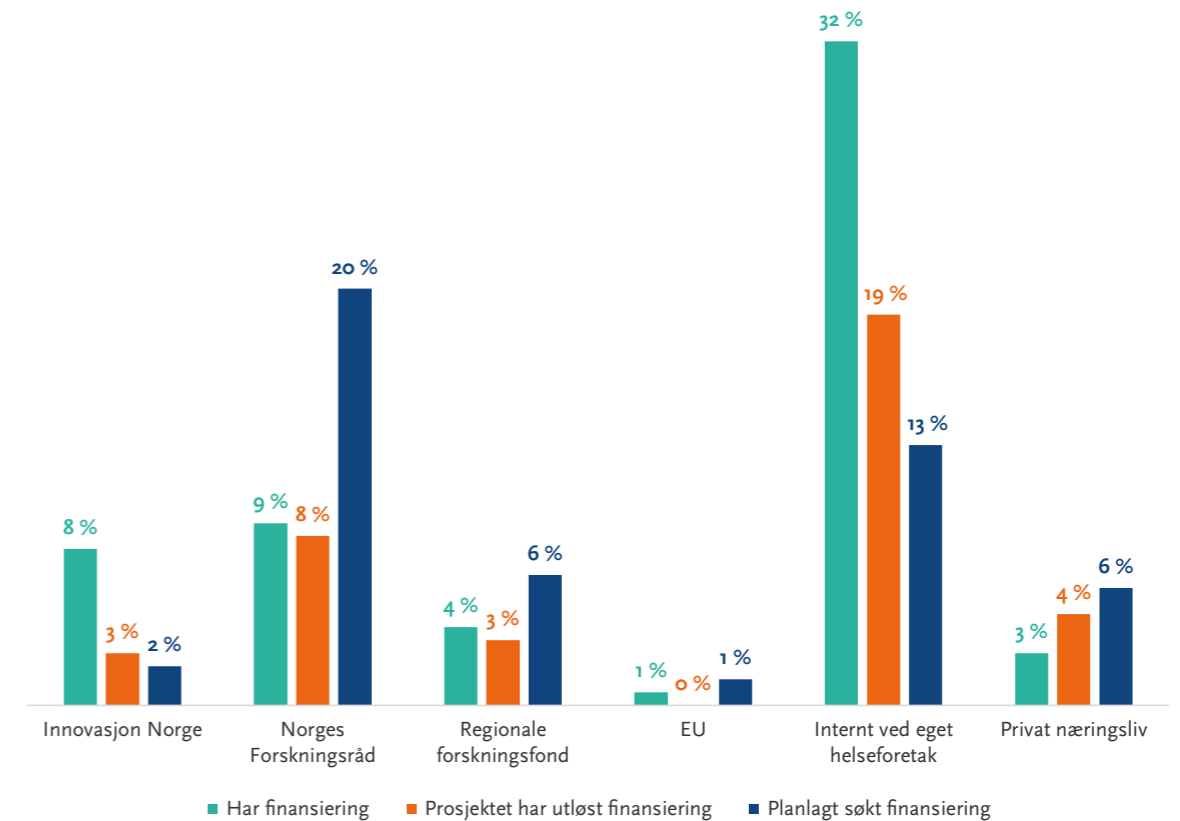
Figur 31: Resultater av innovasjonsprosjektene. Prosjektansvarlig har hatt mulighet til å velge flere alternativer, og i 20 prosent av prosjektene er det valgt mer enn ett alternativ. Andelen på hver kategori er regnet ut fra totalt antall prosjekter (158). Data fra eRapport.

Har prosjektet ført til gevinster i helsetjenesten



Figur 32: Oppgitte gevinster av innovasjonsprosjektet. Prosjektansvarlig har hatt mulighet til å velge flere alternativer, og i 20 prosent av prosjektene (N=158) er det valgt mer enn ett alternativ. Over halvparten av prosjektene som har oppgitt at det har ført til gevinster (N=59), har oppgitt flere type gevinster. Data fra eRapport.

Finansieringskilder



Figur 33: Oversikt over finansieringskilder til innovasjonsprosjekter. Prosjektansvarlig har hatt mulighet til å velge flere alternativer. Figuren er en sammenstilling av tre spørsmål: Om prosjektet har finansiering fra, om prosjektet har utløst finansiering fra og om det er planlagt søkt finansiering fra navngitte finansieringskilder. Data fra eRapport.

Innovasjonspartnerskap

Innovasjonspartnerskap er en juridisk anskaffelsesprosedyre som ble innført 1. januar 2017. Ordningen skal gjøre det lettere for offentlige virksomheter og leverandører/ forsknings- og utviklingsmiljøer å samarbeide om å utvikle ny teknologi og nye løsninger som ikke finnes i markedet i dag. Formålet med Innovasjonspartnerskap er å legge til rette for en samarbeidsmodell som

bidrar til nytenkning og tett dialog med næringslivet. Prosedyren skal bidra til å utvikle produkter og tjenester for å løse et spesifikt behov i den offentlige virksomheten. Prosedyren skal kun benyttes for anskaffelse av varer og tjenester som per i dag ikke finnes i markedet, <https://www.innovasjon Norge.no/innovasjonspartnerskap>

Innovasjonspartnerskapet er inndelt i fem faser:

- Fase 1** behovskartlegging
- Fase 2** markedsdialog
- Fase 3** konkurranse
- Fase 4** utvikling
- Fase 5** kjøp/implementering

Tabell 7: Oversikt over pågående innovasjonspartnerskap 2021 der helseforetakene er prosjekteier. Data fra de regionale helseforetakene.

Innovasjonspartnerskap	Formål	Status (fase og leverandør)	Helse-region	Prosjekt-eier	Samarbeidspartnere
Teknologi-assistert opplæring i kliniske ferdigheter	Divisjon psykisk helsevern ved St. Olavs hospital vil utvikle en digital løsning som gjør at helsepersonell kan øve på farlige situasjoner virtuelt, og gjennomføre kompetansebygging systematisk og med høy faglig kvalitet. Formålet med løsningen er å gi pasienten et bedre tjenestetilbud og kvalitetssikre den opplæringen som gis studenter og ansatte.	Fase 4 – utvikling. Har startet utviklings-samarbeidet med leverandør og har en plan om ha klar en ferdig pilot av løsningen innen august 2022.	Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs hospital	Innovasjon Norge, Nasjonalt program for leverandørutvikling, Digitaliseringsdirektoratet (DIGDIR), Melhus kommune, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Sykehusinnkjøp HF, Nord Universitet, PwC
Automatisert, kontaktløs og kontinuerlig måling av vitale parametere	Utvikling av innovative løsninger for måling av vitale parametere automatisk, kontinuerlig og kontaktløs. Mulighetene som ligger i eksisterende og kommende teknologi, som for eksempel sensorer, er mange og i liten grad utnyttet innen helse. Nye løsninger for måling av vitale parametere vil potensielt kunne ha stor betydning for styrket pasientsikkerhet samt mer effektiv pasientbehandling og bruk av personalressurser.	Fase 3 – konkurranse.	Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs hospital	Malvik kommune, Universitetssykehuset Nord-Norge, NTNU TTO, Helse Midt-Norge RHF, Sykehusinnkjøp
Fortsett å bli bedre etter hjerneslag	Hensikten med prosjektet er å finne en løsning som sikrer at pasienter med hjerneslag fortsetter sin rehabilitering og bedrer funksjon også i overgangene mellom institusjonsbasert rehabilitering og hjemme, og følger pasienten i den videre rehabiliteringen.	Fase 4 – utvikling. Prosjektet er per oktober 2021 i utviklingsfasen, fase 4, og har valgt leverandør/samarbeidspartner til utvikling av løsningen.	Helse Sør-Øst RHF	Sunnaas sykehus	Indre Østfold kommune
Brakerens eierskap til rehabiliteringsprosessen	Målet med prosjektet er å utvikle en løsning som skal bidra til å gi pasienten et større eierskap til egen rehabiliteringsprosess, med utgangspunkt i pasientens egne mål og behandlingsaktiviteter. Denne løsningen vil bidra til å skape pasientens helsetjeneste med pasienten i sentrum, og bidra til en vesentlig bedring av effektivitet og heving av kvaliteten i helsetjenesten.	Fase 1 – behovskartlegging.	Helse Sør-Øst RHF	Sunnaas sykehus	Nesodden kommune og Høgskolen i Østfold

Innovasjonspartnerskap	Formål	Status (fase og leverandør)	Helse-region	Prosjekt-eier	Samarbeidspartnere
Kontrolltårn for planlegging og gjennomføring av operasjonsvirksomhet	Målet er å utvikle IKT verktøy for å levere sanntidsregistrering av operasjonsvirksomhet for planlegging og styring av operasjonsvirksomhet i sykehus. Disse kan avdekke flaskehals og simulere effekten av tilførte ressurser. Dette er nødvendig for å kunne beregne størrelsen, organisering og plassering av virksomheten lokalt, regionalt og nasjonalt. Med slike verktøy kan sykehusene oppnå bedre resultater for pasientene og betydelig ressurseffektivisering.	Fase 3 – konkurranse. Oslo universitetssykehus gjennomfører fra desember 2021 – mai 2022 konkurranse for å inngå innovasjonspartnerskap for å utvikle fremtidens løsning for planlegging og gjennomføring av operasjonsvirksomheten.	Helse Sør-Øst RHF	OUS	Innovasjon Norge, Nasjonalt program for leverandørutvikling (LUP), Difi, Sykehuspartner HF, Sykehusinnkjøp HF og Helse Sør-Øst RHF.
Nyskapende pasientforløp – digital hjemmeoppfølging	Skal lage en helt ny digital løsning som gjør det mulig å følge opp kreftpasientene hjemme i mye større grad. Både pasientene selv og pårørende kan følge med på, og påvirke sin egen behandling gjennom den nye løsningen. Helsepersonell både på sykehuset og i kommunen skal også bruke tjenesten, slik at pasientens helsetilstand følges godt opp, og systemet skal bidra til å gi behandlerne god beslutningsstøtte.	Fase 4 – utvikling. Har inngått partnerskap med teknologiselskapet Diffia.	Helse Sør-Øst RHF	Sykehuset Østfold	Sentrale samarbeidspartnere i prosjektet har vært Sykehuspartner, Diffia AS, Sykehusinnkjøp, Helse Sør-Øst RHF, Innovasjon Norge, Leverandørutviklingsprogrammet og DFØ. Øvrige samarbeidspartnere som er eller har vært involvert i prosjektet i ulike faser er blant andre Kreftforeningen, St.Olavs Hospital, NTNU, Fredrikstad kommune, Norway Health Tech, St.Olavs Hospital, Halogen AS, Norwegian Smart Care Cluster og Halden kommune.
Videosamtale med Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)	Videoanrop kan potensielt være livreddende i situasjoner der innringer misforstår veiledningen som gis, som for eksempel ved utføring av hjerte-lungeredning. Videosamtale vil også kunne bidra til økt pasienttilfredshet, tillit og opplevd trygghet for innringer. Men samtidig er det noen andre forutsetninger som må tas hensyn til ved videosamtale med AMK, som personvern og informasjonssikkerhet. Dessuten må det nye systemet integreres mot eksisterende systemer som brukes av AMK i dag.	Fase 4 – utvikling. Har inngått innovasjonspartnerskap med det danske selskapet Incendium AS. Er i utviklingsfasen.	Helse Sør-Øst RHF	Vestre Viken	Legevakten i Drammen, Innovasjon Norge, Forskningsrådet, Nasjonalt program for leverandørutvikling og Digitaliseringsdirektoratet
Sikker prøvetaking og analyse i hjemmet	Utvikle brukervennlige, innovative og kvalitets-sikrede apparater/instrumenter og tjenester som bidrar til sikker prøvetaking og analyse utført av pasient selv hjemme (utenfor sykehus eller institusjon).	Fase 4 – utvikling. Innovasjonspartnerskap med Roche Diagnostics A/S i konsortium med Diffia A/S.	Helse Sør-Øst RHF	Sykehuset Østfold	Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF, Norway Health Tech, PwC.
Sporing og overvåkning av kirurgisk utstyr	Norske sykehus har et stort behov for å få en bedre oversikt over kirurgisk utstyr. Sporing- og overvåkningsløsninger vil gjøre at sykehusene får bedre oversikt over hvilket utstyr som er tilgjengelig og hvor utstyret befinner seg. Det er behov for effektive sporing-løsninger som tåler kjemi, varme og trykk.	Fase 4 – utvikling.	Helse Vest RHF	Haukeland universitetssjukehus	Innovasjon Norge, Nasjonalt program for leverandørutvikling, DIFI, Helse Vest IKT, Sykehusinnkjøp, Sykehusbygg, Oslo Universitetssykehus, Sykehuset Østfold, Idean
Densentralisert produksjon av tørket blodplasma	Nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler tidlig blodtransfusjon til pasienter med store blødninger. Norge har utfordringer med hensyn til lange transportavstander og værmessige forhold. Det må derfor planlegges for tilgang på livreddende blodprodukter i alle ledd av behandlingkjeden, også utenfor sykehus. Produktet må kunne benyttes umiddelbart og kunne lagres i normal omgivelsestemperatur. Denne utfordringen kan løses ved å benytte tørket plasma. Dette er et produkt som finnes på markedet, men med betydelige begrensninger på tilbudssiden. Målet er å finne en løsning der norske blodbanker kan produsere tørket blodplasma selv.	Fase 1 – behovskartlegging.	Helse Vest RHF	Haukeland universitetssjukehus	Innovasjon Norge, Nasjonalt program for leverandørutvikling, Helse Vest IKT, Helse Vest, Sykehusinnkjøp, PwC (designstøtte)

Brukermedvirkning

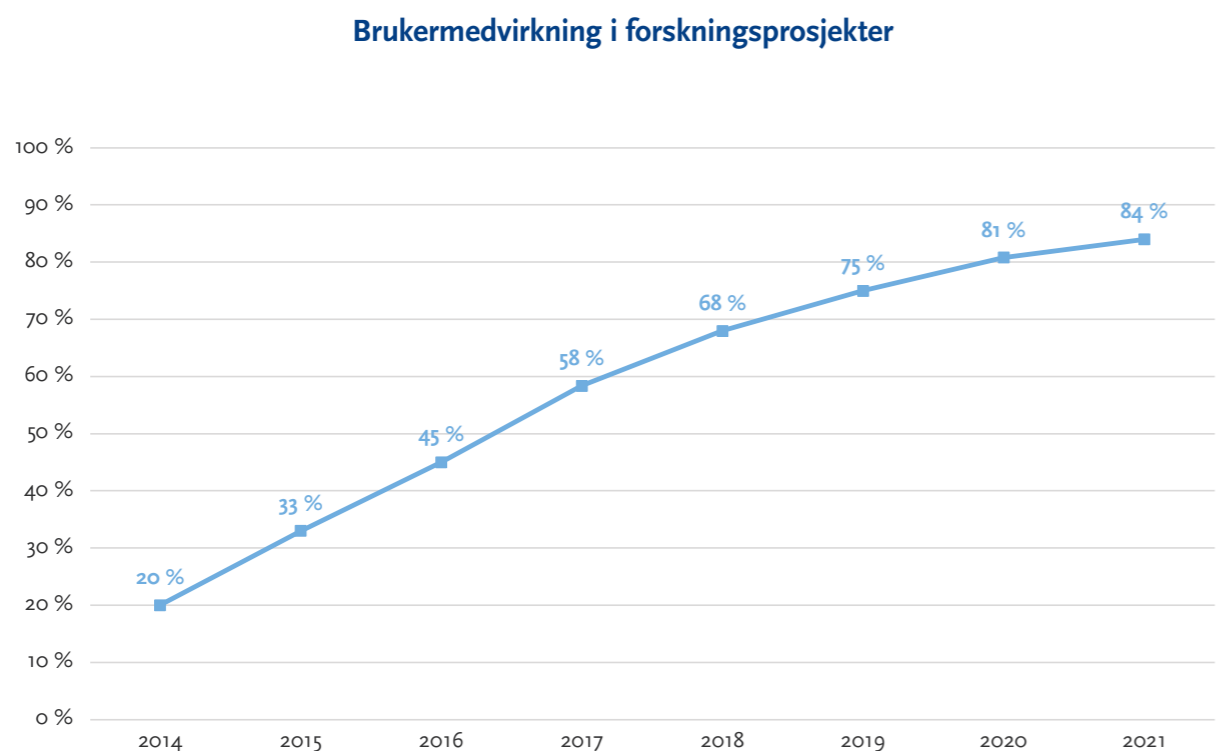
Brukermedvirkning i forskningsprosjekter

Formålet med brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten er å bedre forskningens kvalitet og relevans. Brukermedvirkning innebærer en demokratisering av helseforskningen, og kan bidra til at brukernes perspektiv, behov og erfaringer blir reflektert i forskningen. Brukere er primært

pasienter og pårørende. I visse tilfeller kan også helse- og omsorgspersonell samt befolkningen generelt anses som brukere i forsknings-sammenheng.

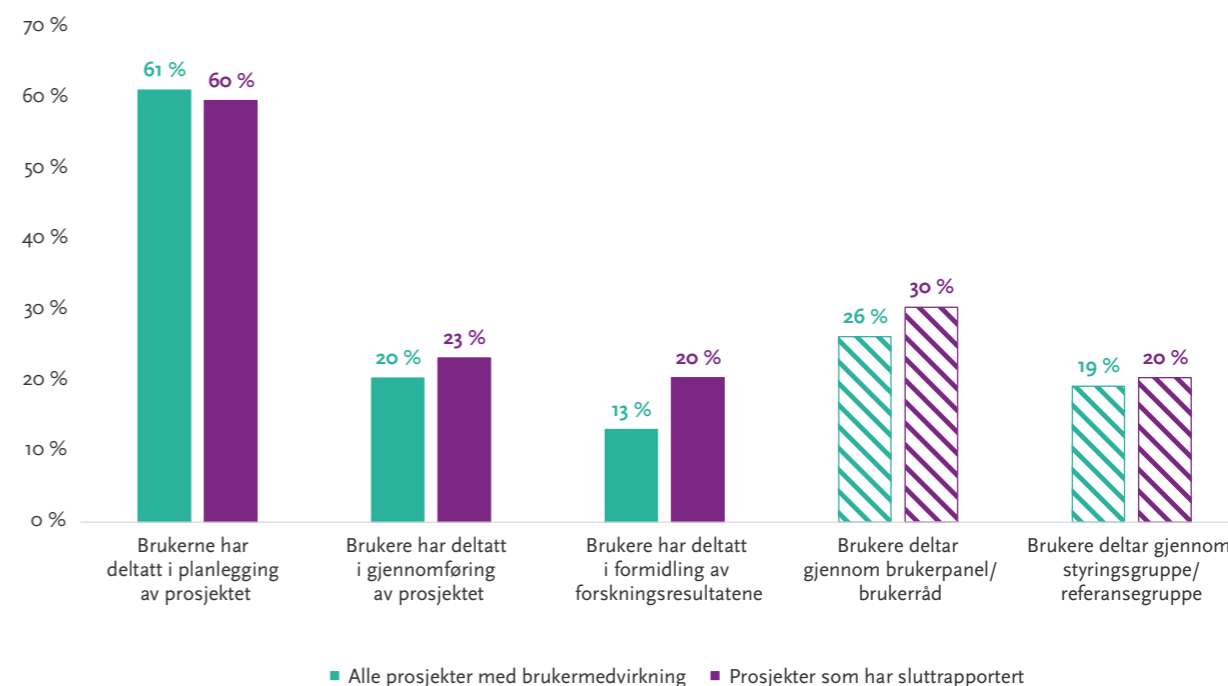
Brukermedvirkning er at brukernes erfaringer, perspektiv og behov bidrar til å påvirke, utvikle og endre helse-

forskningen. Brukere kan delta i ulike faser av forskningsprosjektet og/eller på et mer overordnet strategisk nivå. Brukermedvirkning må ikke forveksles med innhenting av data fra pasienter og pårørende som har rollen som studieobjekt/respondent.



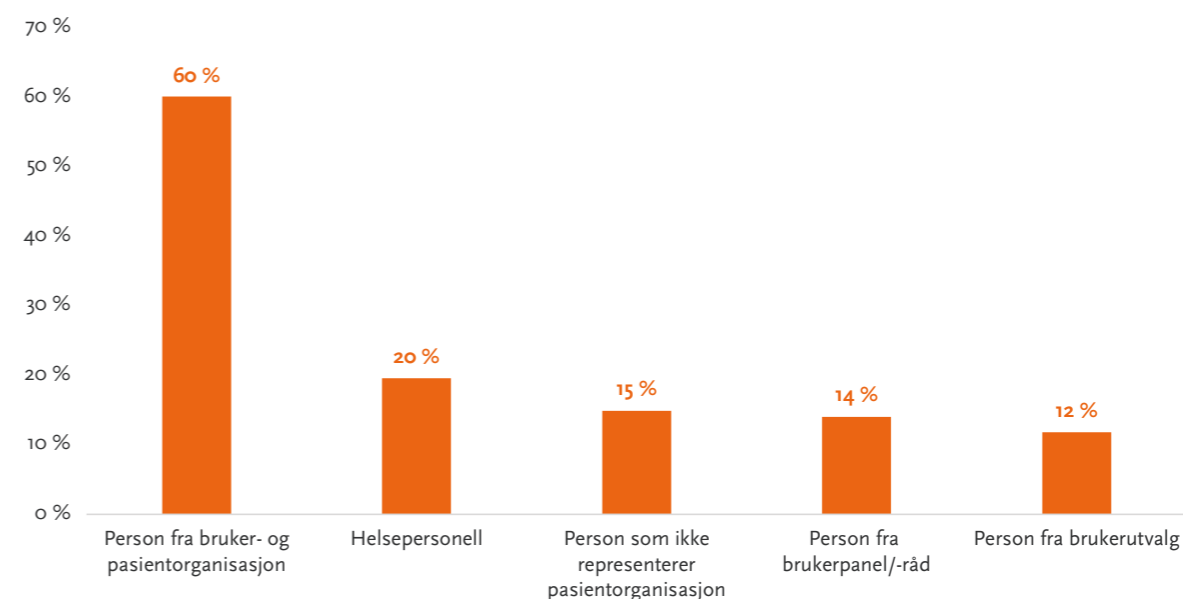
Figur 34: Andel regionale forskningsmidler til prosjekter med brukermedvirkning (2014–2021). Data fra eRapport.

Brukernes deltakelse i forskningsprosjektene



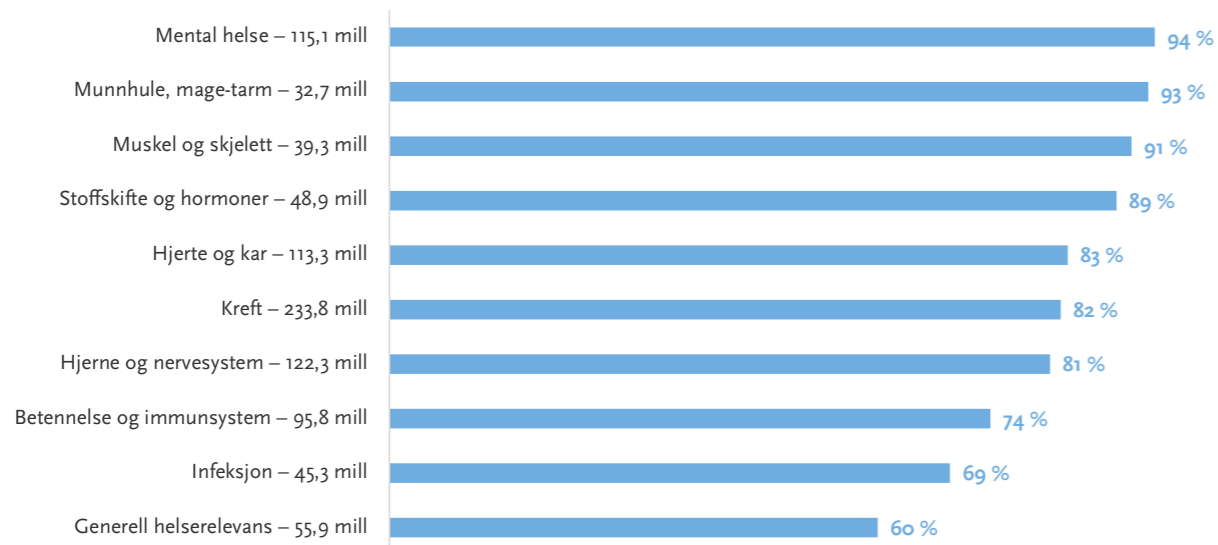
Figur 35: Andel prosjekter med regionale forskningsmidler 2021, fordelt på hvordan brukerne deltar i prosjektet. Forskerne har hatt mulighet til å velge flere alternativer, og i 28 prosent av prosjektene med brukermedvirkning har forskeren valgt mer enn ett alternativ. Andelen på hver kategori er regnet ut fra antall prosjekter som oppgir brukermedvirkning. Disse prosjektene får i 2021 851,3 millioner kroner gjennom de regionale forskningsmidlene. Figuren sammenligner fordelingen for alle prosjekter med fordelingen for de som har levert sluttrapport. Brukerrepresentantene i prosjekter som har levert sluttrapport, har i større grad deltatt i formidling av forskningsresultatene. Data fra eRapport.

Hvem er brukerne i prosjektet



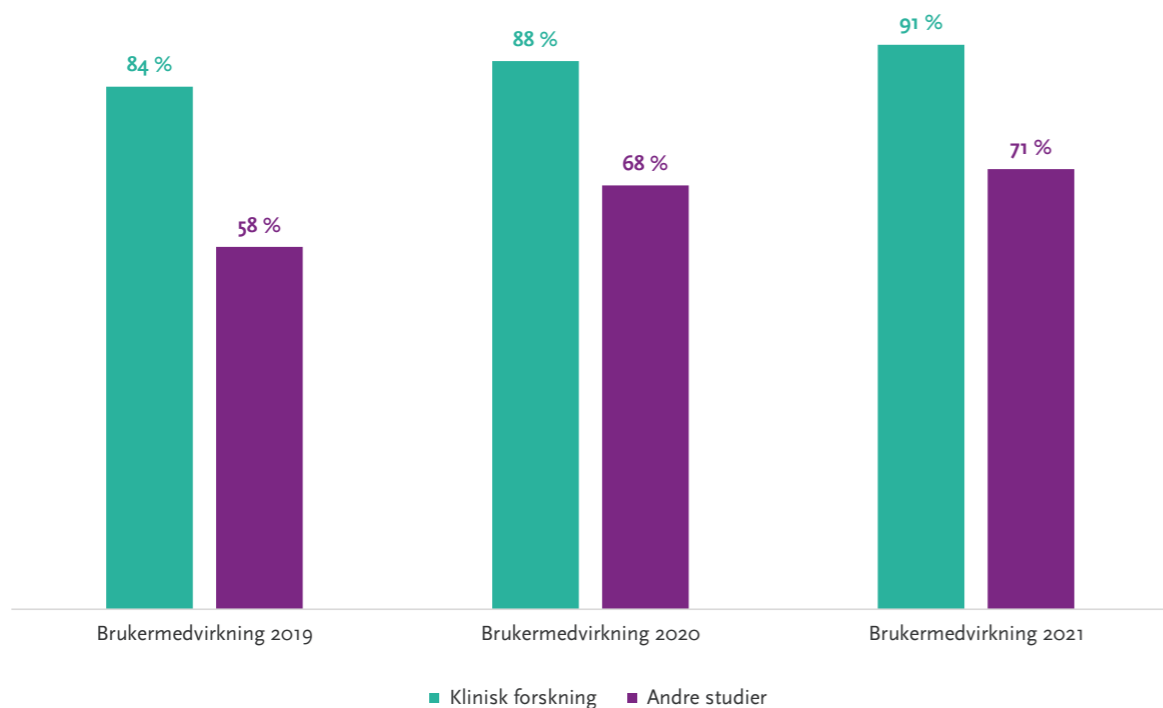
Figur 36: Andel prosjekter med regionale forskningsmidler 2021, fordelt på hvem brukerne er. Forskerne har hatt mulighet til å velge flere alternativer, og i 17 prosent av prosjektene med brukermedvirkning har forskeren valgt mer enn ett alternativ. Andelen på hver kategori er regnet ut fra antall prosjekter som oppgir brukermedvirkning. Data fra eRapport.

Brukermedvirkning innen de ti største helsekategoriene



Figur 37: Andel regionale midler 2021 til prosjekter med brukermidvirkning. Figuren viser de ti helsekategoriene som har flest regionale forskningsmidler i 2021, og er rangert etter andel brukermidvirkning. Den viser blant annet at innen helsekategorien mental helse går 94 prosent av 115,1 millioner kroner til prosjekter med brukermidvirkning. *Data fra eRapport.*

Brukermedvirkning i klinisk forskning og andre studier



Figur 38: Andel regionale midler 2019–2021 til kliniske og andre studier som har brukermidvirkning. Figuren viser at det er størst grad av brukermidvirkning i kliniske studier, men at det i perioden har vært en klar økning i brukermidvirkning også i andre klinisk relevante studier. *Data fra eRapport.*

Brukermedvirkning i innovasjonsprosjekter

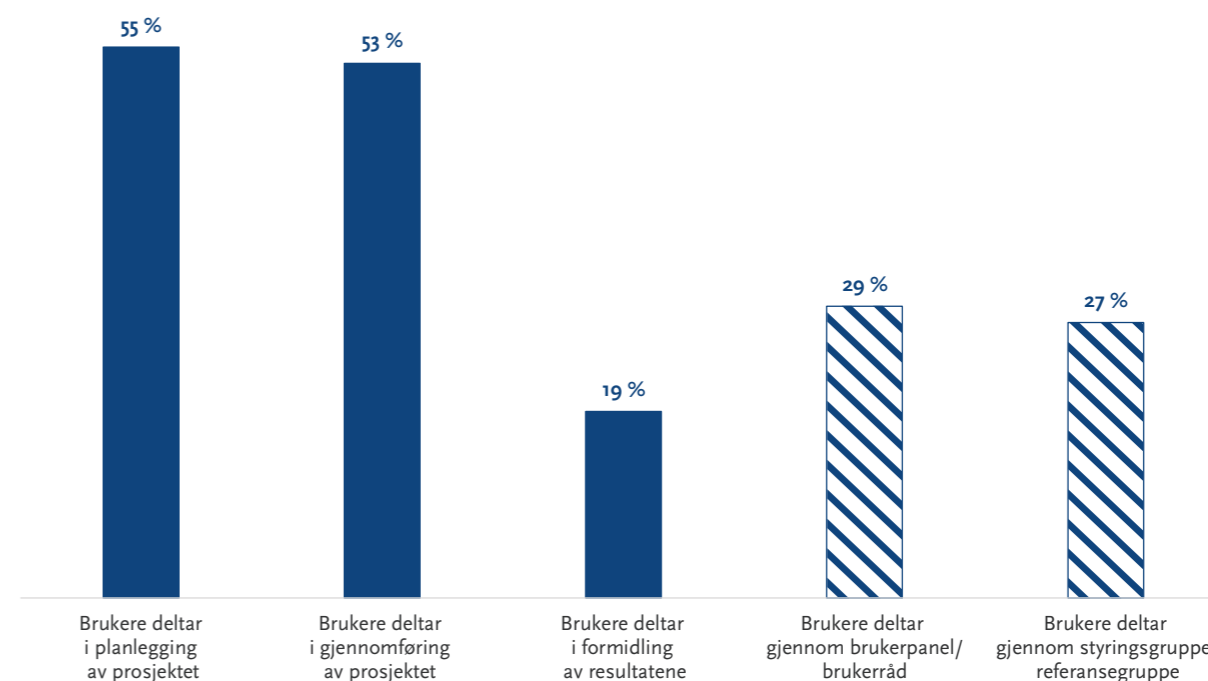
Utover løsninger som er direkte knyttet til pasientbehandlingen, vil innovasjonsaktiviteter være rettet mot å utvikle nye løsninger som fører til effektivisering, arbeidsbesparelse eller forenkling for ansatte i helseforetakene. Det betyr at brukermidvirkere i innovasjons-

prosjekter, i større grad enn for kliniske forskningsprosjekter, er helsepersonell som skal levere en tjeneste.

Prosjektlederne skal svare på to spørsmål om brukermidvirkning: 1) hvordan brukerne deltar i prosjektet og 2) hvem brukerne er. Antall

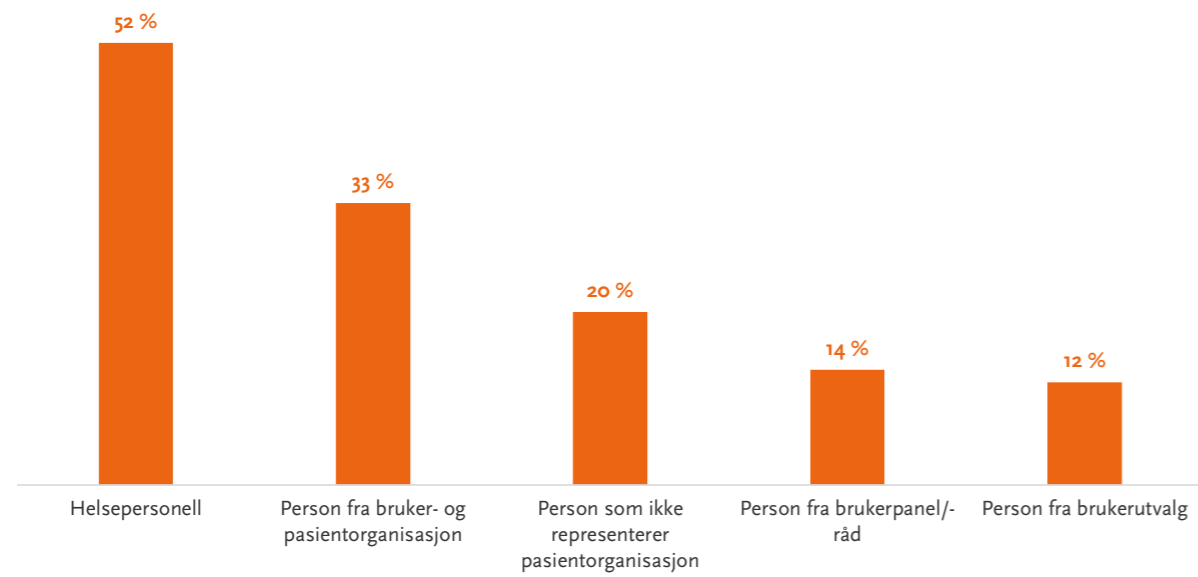
prosjekter med oppgitt brukermidvirkning er litt forskjellig i de to spørsmålene, og forskjellen kan være hva som oppfattes med brukermidvirkning, der noen trolig oppfatter at brukere kun er pasienter og pårørende.

Brukernes deltakelse i innovasjonsprosjektene



Figur 39: Andel innovasjonsprosjekter med brukermidvirkning, fordelt på hvordan brukerne deltar i prosjektet. Prosjektansvarlig har hatt mulighet til å velge flere alternativer, og i 49 prosent av prosjektene med brukermidvirkning, er det valgt mer enn ett alternativ. Andelen på hver kategori er regnet ut fra antall prosjekter som oppgir brukermidvirkning på dette spørsmålet (124 prosjekter). *Data fra eRapport.*

Hvem er brukerne i innovasjonsprosjekter



Figur 40: Andel innovasjonsprosjekter fordelt på hvem brukerne er. Prosjektansvarlig har hatt mulighet til å velge flere alternativer, og i 26 prosent av prosjektene med brukermedvirkning, er det valgt mer enn ett alternativ. Andelen på hver kategori er regnet ut fra antall prosjekter som oppgir brukermedvirkning på dette spørsmålet (133 prosjekter). *Data fra eRapport.*

Helse Midt-Norge RHF

Postboks 464
7501 Stjørdal
www.helse-midt.no

Helse Nord RHF

Postboks 1445
8038 Bodø
www.helse-nord.no

Helse Sør-Øst RHF

Postboks 404
2303 Hamar
www.helse-sorost.no

Helse Vest RHF

Postboks 303 Forus
4066 Stavanger
www.helse-vest.no

Møtedato: 19. september
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
12.9.2022

RBU-sak 74–2022/6

Oppnevninger siden forrige RBU-møte

Formål

Saken fremmes for å formalisere oppnevningene som er gjort pr. e-post siden forrige møte i Regionalt brukerutvalg 8. juni 2022.

Kunnskapsgrunnlag i regi av Sykehusbygg HF – invitasjon til brukermedvirkning

Sykehusbygg har kunnskapsbygging og – formidling som en prioritert oppgave. For å planlegge og bygge sykehus ut ifra beste praksis er det behov for å sammenstille forskning, evalueringer, gode eksempler og innovasjon slik at man til enhver tid har en felles kilde til god kunnskap (se vedlegg for mer informasjon).

Det skal utarbeides kunnskapsgrunnlag for følgende funksjonsområder:

- Poliklinikk og dagområde
- Operasjon
- Intensiv og intermediaær
- Stråleterapi

Det skal opprettes en referansegruppe for hver gruppe, og det skulle oppnevnes en brukerrepresentant i hver an de fire gruppene ovenfor.

Det måtte meldes inn prioriterte representanter til hver gruppe. Fra Helse Nord RHF ble Gunnhild Berglen valgt for gruppen Intensiv og intermediaær, og RBU-ene fra de andre RHF-ene fikk inn en kandidat til de andre gruppene.

Pasientsikkerhetskonferansen i Helse Nord – referansegruppe

Det vises til *RBU-sak 45-2022 Pasientsikkerhetskonferanse i Helse Nord – oppnevning av representant til programkomite*, hvor Gunnhild Berglen ble oppnevnt. I etterkant har det kommet behov for en representant til referansegruppe for Pasientsikkerhetskonferansen i Helse Nord.

Ernly Eriksen ble oppnevnt som representant fra Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inn i referansegruppen.

Avtaleverk for desentraliserte kliniske studier

Arbeidsgruppen for avtaleverk for desentraliserte kliniske studier inviterte inn to brukerrepresentanter fra hvert Regionale brukerutvalg i RHF-ene til digitalt møte onsdag 17. august 2022 kl. 09.00-11.00.

Det var ingen fra Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF som hadde anledning å delta.

Vedlegg: Invitasjon til brukermedvirkning – interregionalt samarbeid om oppnevning av deltakere til utarbeidelse av kunnskapsgrunnlag



Invitasjon til brukermedvirkning – interregionalt samarbeid om oppnevning

Til:	Regionale brukerutvalg
Fra:	Sykehusbygg HF
Dato:	13.08.2022
Saksbehandler:	<i>Gunn Håberget</i>

Invitasjon sendes: idak@helse-sorost.no

Oppnevning av deltakere til utarbeidelse av Kunnskapsgrunnlag

Hva arbeidet gjelder

Sykehusbygg har kunnskapsbygging og -formidling som en prioritert oppgave. For å planlegge og bygge sykehus ut ifra beste praksis er det behov for å sammenstille forskning, evalueringer, gode eksempler og innovasjon slik at man til enhver tid har en felles kilde til god kunnskap.

Det er pt. utarbeidet kunnskapsgrunnlag (også kalt konseptprogram) for:

- Bildediagnostikk
- Akuttmottak
- Nyfødt intensiv
- Bygg for psykisk helse

Disse finnes på Sykehusbyggs hjemmeside [Konseptprogram og kunnskapsgrunnlag - Sykehusbygg](#)

I tillegg skal det utarbeides kunnskapsgrunnlag for følgende funksjonsområder

- Poliklinikk og dagområde
- Operasjon
- Intensiv og intermedier
- Stråleterapi

Det skal opprettes en referansegruppe for hver gruppe, og det er ønskelig med en brukerrepresentant i hver av disse 4 gruppene.

Eventuelle forventninger til kandidater, f.eks. organisasjonstilknytning, kompetanse og tidligere erfaringer.

Ev. erfaring fra aktuelle funksjonsområder.

Når og hvor første møte skal være, hvis det er avklart.

Møteplan for referansegruppen for **Poliklinikk og dagområde** er berammet til

- 21. oktober 2022
- 16. desember 2022

Det vil bli orientert om tidsramme for møtene senere

Møteplan for referansegruppene for **Operasjon, Intensiv/intermediær** og **Stråleterapi** er berammet til to møter i løpet av 1. og 2. kvartal 2023, datoer er ennå ikke fastlagt.

Forventet antall møter, hvor møtene vanligvis vil bli avholdt og tidsperspektiv for arbeidet. Eventuelt funksjonsperiode.

Omfang av deltakelse vil være to møter per gruppe i tillegg til kommunikasjon per e-post. Det vil bli vurdert underveis om møter skal gjennomføres som fysiske møter eller digitale møter.

Ferdig dokument for Poliklinikk og dagområde skal foreligge til behandling 1. kvartal 2023.

Ferdig dokument for disse **Operasjon, Intensiv/intermediær** og **Stråleterapi** er forventet å foreligge til behandling før sommeren 2023. Dokumentene vil bli sendt på innspillsrunde til RHF'ene før endelig behandling i Sykehusbygg.

Frist for tilbakemelding:

Mandag 12.09.2022

Kontaktperson:

Gunn Håberget gunn.haberget@sykehusbygg.no

Tel: 906 58 395

Vedlegg: Mandat der dette foreligger, eventuelt annen supplerende informasjon.

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
12.09.2022

Styresak 75-2022

Referatsaker

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Ungdomsrådet Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 31. mai 2022
2. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 31. mai 2022
3. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 8. juni 2022
4. Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset – referat 17.-19. juni 2022
5. Brukerutvalget i Helgelandssykehuset – referat 13. juni 2022
6. Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset – referat 15.-16. juni 2022
7. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 23. februar 2022
8. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 27. april 2022
9. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 25. mai 2022
10. Brukerutvalget i Nordlandssykehuset – referat 24. august 2022
11. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord 2. september 2022 – protokoll
12. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord 9. september 2022 – protokoll

Forslag til vedtak

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

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 12. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør



Referat møte i Ungdomsrådet 31. mai 2022

Sted: Lærings- og mestringscenteret Bodø, Parkveien 95

Tidspunkt: 15:30 til 18:30

Sakspapirer: Ligger på nett, [lenke her](#).



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Danielle Johanna Hansen	Leder	X	
Olav Wiik Moland	Nestleder	X	
Susanne Regine Inga	Samisk representant		X
Linea Vold		X	
Lea Hasse		X	
Trine Lise Antonsen			X
Karoline Steffensen		X	
Mari-Sofie Nordland		X	
Lina Ramberg Aas			X
Nikolai Heldahl		X	
Vinjar Meosli		X	
Håvard Moland		X	
For Nordlandssykehuset			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/koordinator	X	
Kirsti Jørgensen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken	X	
Marianne Sivertsen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken		X
Tone Johnsen	Kontaktperson Medisinsk klinikk		X
Silje Hageengen Lundeng	Kontaktperson Barneklubben		X
Kristine Nordland	Statens Barnehus	Sak 17/2022	
Tone Mosand	Statens Barnehus	Sak 17/2022	
Tove Sørensen	Prosjektleder Digitale pasienttjenester	Sak 18/2022	

Saksliste:

15/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
16/2022	Godkjenning av referat helgesamling 22. til 24. april
17/2022	Forespørsel fra Statens barnehus i Bodø – innspill fra ungdomsrådet
18/2022	Digitale tjenester for aldersgruppen 12-16 år – innspill fra ungdomsrådet
19/2022	Oppdrag
20/2022	Eventuelt

Saksnummer	Sak
15/2022	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
16/2022	<p>Godkjenning av referat møte 22. til 24. april</p> <p>Vedtak: Referat fra møtet godkjennes.</p>
17/2022	<p>Forespørsel fra Statens barnehus i Bodø: Innspill fra ungdomsrådet</p> <p>Statens barnehus i Bodø jobber med et prosjekt der de skal prøve ut videobasert oppfølging- og behandling til sine brukere i Nordland fylke. I den forbindelse ønsket de å få innspill til hva ungdomsrådets medlemmer tenker for at videobasert oppfølging- og behandling skal være mest mulig trygt og hjelpsomt.</p> <p>Ungdomsrådets innspill var følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan man tenke hybrid? Noen møter digitalt og noen møter fysisk. • Viktig at man får mulighet til å møte fysisk om man ønsker det, og at dette ikke er noe man må betale for. • Man må kunne få omvisning i forkant sånn at man blir trygg. • Viktig at man får en oppsummering etter møtet, fordi det er ikke lett å huske alt. • Ikke bruk Teams, da dette er koblet til skole/jobb og er tungvint. • Muligheten til å tilpasse til hver enkelt er viktig. • Kan man filme på avstand, så blir det mer naturlig; om du ser hele personen • Noen kan være tryggere om de kan gjennomføre møtet et annet sted enn i sitt eget hjem. • Viktig at man har en trygg person tilgjengelig; enten om personen er der under møtet eller er tilgjengelig i etterkant. • For mange kan det være fint å få behandling digitalt fordi man kan føle seg mer trygg i eget hjem. • En utfordring er at man ikke kan lese kroppsspråk • Det er viktig med oppfølging, ofte kan man komme på ting i etterkant. • Tidspunkt for tilbud er viktig, mange er på skolen på dagen, dette kan være utfordrende. • Kan det være mulig for dere å drive ambulerings? • Greit at det er få forstyrrelser i rommet for å kunne klare å fokusere. • Samarbeid med skole og alt rundt ungdommen blir viktig for å få dette til. <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet spiller inn punktene ovenfor til saken.

2. Ungdomsrådet ønsker å holdes oppdatert om det videre arbeidet i prosjektet.

18/2022

Digitale tjenester for 12-16 år: Innspill fra Ungdomsrådet

Innspill på arbeidet med digitale tjenester for aldersgruppen 12-16 år: <https://helse-nord.no/digitale-pasienttjenester/barn-og-unge>

Innspill fra Ungdomsrådet:

- Det er veldig dumt at ikke foreldre kan logge seg inn og se informasjon for de mellom 12 og 16 år

Ungdomsrådets svar på spørsmålet: Hvilke tjenester kunne dere ønsker dere fantes for ungdom på HelseNorge?

- Timeavtaler: Oversikt over når timene er. Vi har ofte mange timer og det er mye å ha kontroll på. Burde være lettere å se når du har time, eks en fargerik boks med når neste time er.
- Vi vil kunne se epikriser.
- Tilgang til å se informasjon fra pasientreiser, tekstmeldinger er ikke alltid pålitelig.
- Brå overgang fra å ikke ha tilgang til plutselig å få tilgang til alt når du blir 16 år
- Tilgang til å se medisiner/bivirkninger
- Få tilgang på prøvesvar også, gjerne en litt forenklet oversikt med forklaringer på hva det betyr.
- Alt må være lett og oversiktlig.
- Man må få mulighet til å dele informasjon med de ulike behandlere.
- Navn og telefonnummer til kontaktpersoner, fastlege, behandler osv. må stå på nettet lett tilgjengelig.
- At man kan se resepter uansett hvor gammel man er.
- Journal burde være tilgjengelig for de under 16.
- Mulighet til å bestille time – å kunne se når behandler er ledig.
- Dilemmaer hvor du ikke ønsker at foreldre skal vite at du får behandling.
- Mulighet for Feed-back på Helse Norge.
- Å kunne bestille timer på egen hånd uten at foreldre alltid er tilstede.
- Ulik hvordan ting lagres i HelseNorge fra sykehus til sykehus, dette burde være likt nasjonalt.
- Å få opp f.eks. kosttilskudd info.
- Underprofil til foreldre som har en passord-sperring.

Vedtak:

1. Ungdomsrådet spiller inn punktene ovenfor til saken.
2. Ungdomsrådet ønsker å få en oppdatering på hva som gjøres videre i prosjektet.

19/2022

Oppdrag og gjennomført siden sist

Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet
1. Arbeidsgruppe: Prosjekt om sykelig overvekt hos barn og unge.	Sarah
2. Arbeidsgruppe som skal se på etableringen av FACT Ung –FACT Ung er et tilbud for ungdom fra 13 til 24 år.	Danielle Deltatt på to møter, prosjektsøknad sendt inn
3. Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester	Viktorija
4. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning	Viktorija Planlegges et nytt kurs høsten 2022
5. Konferanse om samhandling/samarbeid Når? 09. juni Hvor? Fru Haugans hotell Mosjøen	Olav Lea
6. Innlegg på seminar om samvalg Når? 02. november Hvor? Hotell i Bodø De ønsker å høre: Hva er viktig for deg som pasient? Ungdomsperspektiv	Olav Lea
7. Et barnevennlig sykehus Det skal søkes midler om et prosjekt med tittel «et barnevennlig sykehus». Handler i stor grad om å sikre god informasjon til barn og ungdom og å hindre tvang, f. eks ved blodprøvetaking. Det er ønskelig med en brukerrepresentant inn i dette prosjektet.	Linea Lea
8. Invitasjon til å komme til Regionalt senter for spiseforstyrrelser Spørsmål stilt i forkant: Vi ønsker skal på: Hvordan fungerer overgangen fra barn til voksen på vårt felt? Vi er en regional også slik at det er også en måte å få høre om de	Danielle Mari-Sofie

<p>har hørt noe fra de andre ungdomsrådene på UNN, Finnmarksykehuset og Helgelandssykehuset om vi får levert bra tilbud</p>	
<p>9. Hva er viktig for deg dagen, 09. juni.</p> <p>Denne dagen er det stands i Lofoten, Vesterålen, Nordlandssykehuset psykisk helse- og rusklinikken og i sentrum.</p> <p>Er det noen som ønsker å delta på dette?</p>	<p>Mari-Sofie Danielle</p>
<p>10. Diagnoseuavhenging ungdomskurs</p> <p>2- dagers lærings- og mestringskurs for ungdom og unge voksne. Kurset er for ungdommer/unge voksne mellom 16- 25 år, med langvarige helseutfordringer. Helseutfordringene kan være både somatiske sykdom og psykisk helse og rus problematikk.</p> <p>Dato: 3. oktober 2022 til 4. oktober 2022</p>	<p>Vi trenger:</p> <p>1) Påmeldinger</p> <p>2) Noen som ønsker å fronte budskapet for å få flere påmeldte-i sosiale medier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vinjar • Lea • Mari-Sofie
<p>11. Forprosjekt Fact-Ung for kommunene Moskenes, Flakstad, Vest-Vågøy og Vågan.</p> <p>Svært kort fortalt er et Fact-Ung team et tverrfaglig team som skal hjelpe ungdom mellom 12-25 år som har behov for hjelp over tid og fra flere tjenester.</p> <p>Det vil være behov for «ungdommens stemmer» både nå i for-prosjektfasen, under en etablering og drift av et slikt team. Først vil jeg bare vite om dere tror det kan være lurt med et slikt «panel» som består av ungdommer fra ungdomsrådene?</p>	<p>Hvem ønsker å delta på et innspills-møte om dette?</p> <p>Lea, Vinjar og Danielle</p>
<p>12. Kurs for seks ungdommer med MMC (ryggmargsbrokk).</p> <p>Foredrag: En time i tidsrommet 9. juni kl. 12.00 til 13.00</p>	<p>Danielle</p>

	<p>13. Videreføring og utvikling av HIPPO</p> <p>Ønsker en representant fra ungdomsrådet med erfaringer som pasient barneklubben. Vi har månedlige møter i prosjektet og brukerrepresentant vil regne med å delta på et par møter i året og i tillegg få referat fra avviklede møter.</p>	<p>Karoline Linea</p>
	<p>14. Regionalt kompetansenettverk for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen</p> <p>- Et nyopprettet nettverk med første møte i slutten av juni - Honoreres av regionalt brukerutvalg, forespørsel fra Helse Nord</p>	<p>Susanne</p>
	<p>15. Forespørsel om noen av ungdomsrådets medlemmer ønsker å være med å lage en film om ungdomsrådets arbeid</p>	<p>Håvard Vinjar Karoline Linea Lea</p> <p>Kan være aktuelt at flere deltar</p>
	<p>16. Presentasjon for ledergruppen, 07. juni</p> <p>Presentasjon av ungdomsrådets hovedsaker og videre oppfølging</p>	<p>Danielle og Olav</p>
<p>20/2022</p>	<p>Eventuelt</p> <p>Ingen saker til eventuelt.</p>	

Oppfølgingssaker:

1. Det må lages rutiner for gode overganger på alle relevante avdelinger.
 - ⇒ Eget punkt i ny strategisk utviklingsplan
 - ⇒ Oppfølging av rutine psykisk- helse og rusklinikken (Møte i oktober)
2. Aldersgrensen på barneavdelingen må økes til 18 år.
3. Ventetiden for barn og unge i psykiatrien og barnehabilitering må ned.
4. Det må opprettes en barne- og ungdomsklinikk.
5. Vi må ha et brukervennlig tilbakemeldingssystem, og tjenester som tar tilbakemeldingene på alvor.
6. Vi ønsker muligheten for å få timer på ettermiddagen, etter jobb og skole.
7. Vi ønsker et ungdomsrom der ungdom kan oppholde seg når de er på sykehus.
 - ⇒ Ungdomsrom etablert på barneavdelingen.
8. Kommunikasjonen med barn og ungdom må bli bedre – vi må møtes der vi er.
9. Samarbeidet mellom dere må bli bedre, internt i sykehuset og mellom skole/kommune/sykehus, og koordinatorsystemet må funke.
10. Tilbudet til skeive og transpersoner må bli bedre, og de må bli møtt på en respektfull måte.
11. Pårørende og barn som pårørende må følges bedre opp
 - ⇒ Ungdomsrådet deltar på Fagdag og opplæring
12. Satsning på brukermedvirkning
 - ⇒ 10 råd for reell brukermedvirkning

Siden sist i bilder



Referat møte i Ungdomsrådet 31. mai 2022
Sted: Lærings- og mestringscenteret Bodø, Parkveien 95
Tidspunkt: 15:30 til 18:30
Sakspapirer: Ligger på nett, [lenke her](#).



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Danielle Johanna Hansen	Leder	X	
Olav Wiik Moland	Nestleder	X	
Susanne Regine Inga	Samisk representant		X
Linea Vold		X	
Lea Hasse		X	
Trine Lise Antonsen			X
Karoline Steffensen		X	
Mari-Sofie Nordland		X	
Lina Ramberg Aas			X
Nikolai Heldahl		X	
Vinjar Meosli		X	
Håvard Moland		X	
For Nordlandssykehuset			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/koordinator	X	
Kirsti Jørgensen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken	X	
Marianne Sivertsen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken		X
Tone Johnsen	Kontaktperson Medisinsk klinikk		X
Silje Hageengen Lundeng	Kontaktperson Barneklubben		X
Kristine Nordland	Statens Barnehus	Sak 17/2022	
Tone Mosand	Statens Barnehus	Sak 17/2022	
Tove Sørensen	Prosjektleder Digitale pasienttjenester	Sak 18/2022	

Saksliste:

15/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
16/2022	Godkjenning av referat helgesamling 22. til 24. april
17/2022	Forespørsel fra Statens barnehus i Bodø – innspill fra ungdomsrådet
18/2022	Digitale tjenester for aldersgruppen 12-16 år – innspill fra ungdomsrådet
19/2022	Oppdrag
20/2022	Eventuelt

Saksnummer	Sak
15/2022	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
16/2022	<p>Godkjenning av referat møte 22. til 24. april</p> <p>Vedtak: Referat fra møtet godkjennes.</p>
17/2022	<p>Forespørsel fra Statens barnehus i Bodø: Innspill fra ungdomsrådet</p> <p>Statens barnehus i Bodø jobber med et prosjekt der de skal prøve ut videobasert oppfølging- og behandling til sine brukere i Nordland fylke. I den forbindelse ønsket de å få innspill til hva ungdomsrådets medlemmer tenker for at videobasert oppfølging- og behandling skal være mest mulig trygt og hjelpsomt.</p> <p>Ungdomsrådets innspill var følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan man tenke hybrid? Noen møter digitalt og noen møter fysisk. • Viktig at man får mulighet til å møte fysisk om man ønsker det, og at dette ikke er noe man må betale for. • Man må kunne få omvisning i forkant sånn at man blir trygg. • Viktig at man får en oppsummering etter møtet, fordi det er ikke lett å huske alt. • Ikke bruk Teams, da dette er koblet til skole/jobb og er tungvint. • Muligheten til å tilpasse til hver enkelt er viktig. • Kan man filme på avstand, så blir det mer naturlig; om du ser hele personen • Noen kan være tryggere om de kan gjennomføre møtet et annet sted enn i sitt eget hjem. • Viktig at man har en trygg person tilgjengelig; enten om personen er der under møtet eller er tilgjengelig i etterkant. • For mange kan det være fint å få behandling digitalt fordi man kan føle seg mer trygg i eget hjem. • En utfordring er at man ikke kan lese kroppsspråk • Det er viktig med oppfølging, ofte kan man komme på ting i etterkant. • Tidspunkt for tilbud er viktig, mange er på skolen på dagen, dette kan være utfordrende. • Kan det være mulig for dere å drive ambulerings? • Greit at det er få forstyrrelser i rommet for å kunne klare å fokusere. • Samarbeid med skole og alt rundt ungdommen blir viktig for å få dette til. <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet spiller inn punktene ovenfor til saken.

2. Ungdomsrådet ønsker å holdes oppdatert om det videre arbeidet i prosjektet.

18/2022

Digitale tjenester for 12-16 år: Innspill fra Ungdomsrådet

Innspill på arbeidet med digitale tjenester for aldersgruppen 12-16 år: <https://helse-nord.no/digitale-pasienttjenester/barn-og-unge>

Innspill fra Ungdomsrådet:

- Det er veldig dumt at ikke foreldre kan logge seg inn og se informasjon for de mellom 12 og 16 år

Ungdomsrådets svar på spørsmålet: Hvilke tjenester kunne dere ønsker dere fantes for ungdom på HelseNorge?

- Timeavtaler: Oversikt over når timene er. Vi har ofte mange timer og det er mye å ha kontroll på. Burde være lettere å se når du har time, eks en fargerik boks med når neste time er.
- Vi vil kunne se epikriser.
- Tilgang til å se informasjon fra pasientreiser, tekstmeldinger er ikke alltid pålitelig.
- Brå overgang fra å ikke ha tilgang til plutselig å få tilgang til alt når du blir 16 år
- Tilgang til å se medisiner/bivirkninger
- Få tilgang på prøvesvar også, gjerne en litt forenklet oversikt med forklaringer på hva det betyr.
- Alt må være lett og oversiktlig.
- Man må få mulighet til å dele informasjon med de ulike behandlere.
- Navn og telefonnummer til kontaktpersoner, fastlege, behandler osv. må stå på nettet lett tilgjengelig.
- At man kan se resepter uansett hvor gammel man er.
- Journal burde være tilgjengelig for de under 16.
- Mulighet til å bestille time – å kunne se når behandler er ledig.
- Dilemmaer hvor du ikke ønsker at foreldre skal vite at du får behandling.
- Mulighet for Feed-back på Helse Norge.
- Å kunne bestille timer på egen hånd uten at foreldre alltid er tilstede.
- Ulik hvordan ting lagres i HelseNorge fra sykehus til sykehus, dette burde være likt nasjonalt.
- Å få opp f.eks. kosttilskudd info.
- Underprofil til foreldre som har en passord-sperring.

Vedtak:

1. Ungdomsrådet spiller inn punktene ovenfor til saken.
2. Ungdomsrådet ønsker å få en oppdatering på hva som gjøres videre i prosjektet.

19/2022

Oppdrag og gjennomført siden sist

Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet
1. Arbeidsgruppe: Prosjekt om sykelig overvekt hos barn og unge.	Sarah
2. Arbeidsgruppe som skal se på etableringen av FACT Ung –FACT Ung er et tilbud for ungdom fra 13 til 24 år.	Danielle Deltatt på to møter, prosjektsøknad sendt inn
3. Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester	Viktorija
4. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning	Viktorija Planlegges et nytt kurs høsten 2022
5. Konferanse om samhandling/samarbeid Når? 09. juni Hvor? Fru Haugans hotell Mosjøen	Olav Lea
6. Innlegg på seminar om samvalg Når? 02. november Hvor? Hotell i Bodø De ønsker å høre: Hva er viktig for deg som pasient? Ungdomsperspektiv	Olav Lea
7. Et barnevennlig sykehus Det skal søkes midler om et prosjekt med tittel «et barnevennlig sykehus». Handler i stor grad om å sikre god informasjon til barn og ungdom og å hindre tvang, f. eks ved blodprøvetaking. Det er ønskelig med en brukerrepresentant inn i dette prosjektet.	Linea Lea
8. Invitasjon til å komme til Regionalt senter for spiseforstyrrelser Spørsmål stilt i forkant: Vi ønsker skal på: Hvordan fungerer overgangen fra barn til voksen på vårt felt? Vi er en regional også slik at det er også en måte å få høre om de	Danielle Mari-Sofie

<p>har hørt noe fra de andre ungdomsrådene på UNN, Finnmarksykehuset og Helgelandssykehuset om vi får levert bra tilbud</p>	
<p>9. Hva er viktig for deg dagen, 09. juni.</p> <p>Denne dagen er det stands i Lofoten, Vesterålen, Nordlandssykehuset psykisk helse- og rusklinikken og i sentrum.</p> <p>Er det noen som ønsker å delta på dette?</p>	<p>Mari-Sofie Danielle</p>
<p>10. Diagnoseuavhenging ungdomskurs</p> <p>2- dagers lærings- og mestringskurs for ungdom og unge voksne. Kurset er for ungdommer/unge voksne mellom 16- 25 år, med langvarige helseutfordringer. Helseutfordringene kan være både somatiske sykdom og psykisk helse og rus problematikk.</p> <p>Dato: 3. oktober 2022 til 4. oktober 2022</p>	<p>Vi trenger:</p> <p>1) Påmeldinger</p> <p>2) Noen som ønsker å fronte budskapet for å få flere påmeldte-i sosiale medier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vinjar • Lea • Mari-Sofie
<p>11. Forprosjekt Fact-Ung for kommunene Moskenes, Flakstad, Vest-Vågøy og Vågan.</p> <p>Svært kort fortalt er et Fact-Ung team et tverrfaglig team som skal hjelpe ungdom mellom 12-25 år som har behov for hjelp over tid og fra flere tjenester.</p> <p>Det vil være behov for «ungdommens stemmer» både nå i for-prosjektfasen, under en etablering og drift av et slikt team. Først vil jeg bare vite om dere tror det kan være lurt med et slikt «panel» som består av ungdommer fra ungdomsrådene?</p>	<p>Hvem ønsker å delta på et innspills-møte om dette?</p> <p>Lea, Vinjar og Danielle</p>
<p>12. Kurs for seks ungdommer med MMC (ryggmargsbrokk).</p> <p>Foredrag: En time i tidsrommet 9. juni kl. 12.00 til 13.00</p>	<p>Danielle</p>

	<p>13. Videreføring og utvikling av HIPPO</p> <p>Ønsker en representant fra ungdomsrådet med erfaringer som pasient barneklubben. Vi har månedlige møter i prosjektet og brukerrepresentant vil regne med å delta på et par møter i året og i tillegg få referat fra avviklede møter.</p>	<p>Karoline Linea</p>
	<p>14. Regionalt kompetansenettverk for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen</p> <p>- Et nyopprettet nettverk med første møte i slutten av juni - Honoreres av regionalt brukerutvalg, forespørsel fra Helse Nord</p>	<p>Susanne</p>
	<p>15. Forespørsel om noen av ungdomsrådets medlemmer ønsker å være med å lage en film om ungdomsrådets arbeid</p>	<p>Håvard Vinjar Karoline Linea Lea</p> <p>Kan være aktuelt at flere deltar</p>
	<p>16. Presentasjon for ledergruppen, 07. juni</p> <p>Presentasjon av ungdomsrådets hovedsaker og videre oppfølging</p>	<p>Danielle og Olav</p>
<p>20/2022</p>	<p>Eventuelt</p> <p>Ingen saker til eventuelt.</p>	

Oppfølgingssaker:

1. Det må lages rutiner for gode overganger på alle relevante avdelinger.
 - ⇒ Eget punkt i ny strategisk utviklingsplan
 - ⇒ Oppfølging av rutine psykisk- helse og rusklinikken (Møte i oktober)
2. Aldersgrensen på barneavdelingen må økes til 18 år.
3. Ventetiden for barn og unge i psykiatrien og barnehabilitering må ned.
4. Det må opprettes en barne- og ungdomsklinikk.
5. Vi må ha et brukervennlig tilbakemeldingssystem, og tjenester som tar tilbakemeldingene på alvor.
6. Vi ønsker muligheten for å få timer på ettermiddagen, etter jobb og skole.
7. Vi ønsker et ungdomsrom der ungdom kan oppholde seg når de er på sykehus.
 - ⇒ Ungdomsrom etablert på barneavdelingen.
8. Kommunikasjonen med barn og ungdom må bli bedre – vi må møtes der vi er.
9. Samarbeidet mellom dere må bli bedre, internt i sykehuset og mellom skole/kommune/sykehus, og koordinatorsystemet må funke.
10. Tilbudet til skeive og transpersoner må bli bedre, og de må bli møtt på en respektfull måte.
11. Pårørende og barn som pårørende må følges bedre opp
 - ⇒ Ungdomsrådet deltar på Fagdag og opplæring
12. Satsning på brukermedvirkning
 - ⇒ 10 råd for reell brukermedvirkning

Siden sist i bilder





Referat møte i Brukerutvalget 08. juni
Sted: Digitalt/Fysisk for medlemmer i Bodø-området.
Tid: 11:00 til 16:00.
Lenke til sakspapirer: [Her](#)



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Paul Daljord – leder	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X	
Gunn Strand Hutchinson – nestleder	SAFO – Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner	X	
Ole André Korneliussen	Mental Helse	X	
Marie Dahlskjær	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X	
Gunn Varberg Blandford	Kreftforeningen	X	
Wiggo Nilsen	Nordland fylkes eldreråd		X
Linn Christin Sørtorp	RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	X	
Anna-Emilie Langås Vadnem	Samisk representant	X	
Danielle Johanna Hansen	Ungdomsrådet	X	
Fra Nordlandssykehuset:			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/sekretær	X	
Berit Enoksen	Rådgiver seksjon for pasientsikkerhet	Sak 057/2022	
Bente Fridtjofsen	Samvalgskordinator	Sak 059/2022	
Terje Svendsen	Kvalitetsleder	Sak 060/2022	
Sverre Sittlinger	Rådgiver Avdeling for Kvalitet og e-helse	Sak 061/2022	
Hedda Soløy-Nilsen	Klinikkjef Psykisk helse- og rusklubben	Sak 062/2022	
Ruben Solbakken	Enhetsleder Salten distriktpsikiatriske senter (SDPS)	Sak 063/2022	
Tobias Stanojevic	Brukerrepresentant	Sak 063/2022	

Saksliste:

055/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
056/2022	Godkjenning av referat møte 18. mai
057/2022	Resultater fra Global Trigger Tool (GTT) analysen i Nordlandssykehuset 2021
058/2022	Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset
059/2022	Samvalg
060/2022	Ledelsens gjennomgang av foretaket 2021
061/2022	Status klima- og miljøarbeid i Nordlandssykehuset 2021
062/2022	Informasjon psykisk helse- og rusklinikken
063/2022	Bodø Intensiv Eksponerings Terapi (B-IET) og VR-teknologi; innovasjons og utviklingsprosjekt
064/2022	Oppnevninger
065/2022	Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset
066/2022	Ungdomsrådets leder orienterer om ungdomsrådets arbeid
067/2022	Eventuelt

055/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.
056/2022	Godkjenning av referat møte 18. mai Vedtak: Referatet fra møtet 18. mai godkjennes.
057/2022	Resultater fra Global Trigger Tool (GTT) analysen i Nordlandssykehuset 2021 Global Trigger Tool (GTT) er en metode for strukturert journalundersøkelse for å avdekke endring av pasientskader over tid. Berit Enoksen, Rådgiver seksjon for pasientsikkerhet, ga en kort presentasjon av resultatene fra (GTT) analysen i Nordlandssykehuset for 2021. Vedtak: 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalget er tilfreds med at direktøren ber klinikkene om å se på omfanget av «Legemiddelrelaterte skader», som over tid har vært den hyppigst forekommende skadetyper.
058/2022	Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset Utgikk.
059/2022	Samvalg <ul style="list-style-type: none">• Lenke til Helse Norge: https://www.helsenorge.no/samvalg/• Presentasjon ved samvalgskordinator, Bente Fridtjofsen Vedtak: <ol style="list-style-type: none">1. Brukerutvalget takker for presentasjonen og er tilfreds med at det har blitt ansatt samvalgskordinator ved Nordlandssykehuset HF.2. Brukerutvalget har følgende innspill:<ul style="list-style-type: none">• Få av samvalgs-verktøyene er knyttet til psykisk helse og habilitering/rehabilitering• Det er mye god praksis ved Nordlandssykehuset, det er en positiv endring• Fornuftig å tenke samhandling, for eksempel tenke samvalg inn i arbeidet med <i>Pakkeforløp hjem</i>• Representant(er) fra brukerutvalget kan delta på informasjonsmøter/innlegg ved forespørsel• Positivt at pårørende blir tatt med som en del av arbeidet med samvalg

	<ul style="list-style-type: none"> Innspill om at brukerutvalgets medlemmer kan ta opp temaet samvalg med sine brukerorganisasjoner, og invitere samvalgskordinator til å delta på aktuelle arenaer 									
060/2022	<p>Ledelsens gjennomgang av foretaket 2021</p> <p>Presentasjon ved Terje Svendsen, Kvalitetsleder.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for orienteringen.</p>									
061/2022	<p>Status klima- og miljøarbeid i Nordlandssykehuset 2021</p> <p>Orientering ved Sverre Sittlinger, Rådgiver avdeling for kvalitet og e-helse.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for presentasjonen.</p>									
062/2022	<p>Informasjon psykisk helse- og rusklinikken</p> <p>Informasjon om ventetiden ved poliklinikkene voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri ved Hedda Soløy-Nilsen ved klinikkjef psykisk helse- og rusklinikken.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for orienteringen.</p>									
063/2022	<p>Bodø Intensiv Eksponerings Terapi (B-IET) og VR-teknologi; innovasjons og utviklingsprosjekt</p> <p>Informasjon om prosjektet ved Ruben Solbakken, Enhetsleder Salten distriktpsykiatriske senter (SDPS) og Tobias Stanojevic, Brukerrepresentant.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for presentasjonen.</p>									
064/2022	<p>Oppnevninger</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Prosjekt</th> <th>Brukerrepresentant</th> <th>Kontaktperson</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Alle pasienter får time til rett tid - Barneklinikken</td> <td>Monica Tangen monicatangen@gmail.com</td> <td>Kontaktperson: Marie Dahlskjær</td> </tr> <tr> <td>2. Faglig samarbeidsutvalg for</td> <td>Gunn Varberg</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson	1. Alle pasienter får time til rett tid - Barneklinikken	Monica Tangen monicatangen@gmail.com	Kontaktperson: Marie Dahlskjær	2. Faglig samarbeidsutvalg for	Gunn Varberg	
Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson								
1. Alle pasienter får time til rett tid - Barneklinikken	Monica Tangen monicatangen@gmail.com	Kontaktperson: Marie Dahlskjær								
2. Faglig samarbeidsutvalg for	Gunn Varberg									

	pakkeforløp kreft hjem		
	3. Bodø Intensiv eksponeringsterapi. Innføring av ny behandlingsmetode og bruk av VR i behandling. Bodø Intensive eksponeringsterapi.	Tobias Stanojevic tobias.stanojevic@gmail.com	Kontaktperson: Ole André Korneliussen
	4. Sykehusapotek Nord	Paul Daljord Vara: Cicile Toresen, Cicile.Toresen@em1nn.no	

Vedtak:

Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentanter slik det fremkommer av tabell.

065/2022

Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset

Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Status
1. Representant styret Nordlandssykehuset	Paul Daljord	Aktuelle styresaker: Forrige styremøte i Tromsø, avklaringer om media
2. Strategisk samarbeidsutvalg Helsefelleskap	Gunn Strand Hutchinson, <i>vara: Leder av Ungdomsrådet, Danielle Johanna Hansen</i>	Nytt møte 15. juni
3. Klinisk Etisk Komite (KEK)	Kitt-Anne Hansen kitt-anne.hansen@rio.no vara: Helge Jenssen jenssen.helge@gmail.com	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planlegger regional konferanse i juni ▪ Nytt prosjekt for å se på tjenesten ▪ Undervisning for leger i spesialisering ▪ Ber om å få inn problemstillinger fra de ulike avdelingene

			Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
4. Driftsrådet til pasient- og pårørendetorget	Linn Christin Sørtorp, vara: Viktor Torrison	Ble gjennomført et møte 02. juni 2022: Etterlyser frivillige til pasient- og pårørendere-torget: Lenke til mer informasjon om dette: https://frivillig.no/land-sforeningen-for-hjerte--og-lungesyke-lhl-bod/frivillige-ved-pasient--og-prrendetorget-nordlandssykehuset	
5. Sykehusapotek Nord HF (SANO)	Cicile Toresen Cicile.Toresen@em1nn.no	Ingenting nytt å melde. Kontaktperson: Anna-Emilie	
6. Forskningsutvalget Nordlandssykehuset	Helge Jensen Jenssen.helge@gmail.com	Ingenting nytt å melde. Kontaktperson: Paul Daljord	
7. Prosjekt SamStrømming: Samhandlingsprosjekt e-Konsultasjon mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset	Helge Jenssen Jenssen.helge@gmail.com	Ingenting nytt å melde. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson	
8. Medlem av styret i Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Lofoten	Ivar Martin Nordgård ivar.martin.nordgard@lofotkraft.net	Ingenting nytt siden sist. Planlegger et nytt møte. Kontaktperson: Ole Andre Korneliussen	
9. HelseArbeid poliklinikken	Sarah Isabel Corneliussen Dahl	Prosjektleder gir en skriftlig orientering i løpet av våren 2022	

		Sarah isabel 87@hotmail.com	Kontaktperson: Wiggo Nilsen
	10. Kurs brukermedvirkning	Carl Eliassen Carl@marborg.no	Blir kurs igjen til høsten 2022
	11. KlinReg-prosjektet "Likeverdige helsetjenester - uansett hvor du bor?"	Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no	Ikke noe nytt siden sist. Kontaktperson: Anna-Emilie Langås Vadnem
	12. «Prehospital minutes count during a stroke. Factors associated with prehospital delays with data from various regions in Norway and one region in Switzerland»	Paul Amundsen paamundsen@hotmail.com	Orientering fra prosjektleder Ida Bakke og brukerrepresentant, 18. mai 2022. Prosjekt i avslutningsfasen. Kontaktperson: Wiggo Nilsen (orientering møte 18. mai)
	13. Multifamilieterapi i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos unge, voksne kvinner	Ragni Adelsten Stokland ragnias@gmail.com 957 30 732	Ingenting nytt å melde Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp
	14. Unge kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser - foreldre og søskens erfaringer.	Ragni Adelsten Stokland ragnias@gmail.com 957 30 732	Ingenting nytt å melde Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp Telefonnummer: 957 30 732
	15. Tannhelse, kosthold inflammasjon og biomarkører ved akutt intermitterende porfyri	Merete Johansen Merejo2@outlook.com	Ingenting nytt i prosjektet siden sist. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson

<p>16. Innovative Physiotherapy and Coordinatoen of Care for people with MS: A Randomized Controlled Trial and a Qualitative Study</p>	<p>Tone Elvevoll toneelvevoll@hotmail.com) og Marianne Elvik marianne.elvik@gmail.com</p>	<p>Ikke noe nytt siden sist Prosjekt om fysisk trening med MS. Kontaktperson: Ole André Korneliussen</p>
<p>17. PhD prosjekt om måling av pasientskader som følge av kreftbehandling</p>	<p>Gerd Karin Bjørhovde gerd.bjorhovde@uit.no</p>	<p>Doktorgradsprosjekt. Ingenting å rapportere, så vidt i gang. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
<p>18. Etablering av arena for substitusjonsbehandling for opioidavhengige i Bodø</p>	<p>Styringsgruppen: Linn Christin Sørtorp Carl Eliassen Arbeidsgruppen: Espen Akerborg espenjo83@gmail.com Daniel Johansen danieltorbergensenjohansen@gmail.com</p>	<p>Møte neste uke Arbeid godt i gang. Utarbeides planer. Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp</p>
<p>19. Tidlig integrasjon av palliativ behandling av barn og unge i Nordland</p>	<p>Heidi Øyvann Heidi.oyvann@online.no/ 907 74 944 Tuva Nordal Skjerve, tuvaskjerve@hotmail.com</p>	<p>Har hatt et møte, det var veldig bra, engasjerte Gunn Strand Hutchinson</p>
<p>20. Avansert smertebehandling med metadon - Innovativ behandling av pasienter med kroniske smerter</p>	<p>Grete Hatlen Hansen Tlf: 482 82 259</p>	<p>Kontaktperson: Linn Sørtorp Brukerrepresentant svært fornøyd med prosjektet. Ikke noe nytt siden sist</p>
<p>21. Self-sustaining speculum (SSS) and prefilled induction</p>	<p>Line Mathilde Karlsen Line.mathilde.karlse</p>	<p>Gunn Strand Hutchinson</p>

	catheter (PIC) -utvikling av nytt og forbedret utstyr til bruk ved induksjon av fødsel.	n@gmail.com / 482 18 262	Ikke startet enda.
	22. Brukermedvirkning i prosjektet «Sosioøkonomisk status, og økningen i psykiske helseproblemer og selvskading blant ungdom»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunn Nordland gunnor@vgs.nfk.no Tlf: 958 66 525 2. Helge Jenssen Jenssen.helge@gmail.com Tlf: 957 99 639 3. Danielle Johanna Hansen – Ungdomsrådet Nordlandssykehuset E-post: daniellejhansen@outlook.com Tlf: 476 06 686 4. Lars Herman Nordland – larsnord98@hotmail.com Tlf: 905 89 763 	Kontaktperson: Ole André Korneliussen
	23. Prosjektsøknad til forskningsrådet om videreutvikling av digital hjemmeoppfølging. Representant fra Brukerutvalget til styringsgruppen.	Ivar Martin Nordgård ivar.martin.nordgard@lofotkraft.net	Prosjektet er nettopp oversendt Norges forskningsråd, svar forventet august 2022 Kontaktperson: Paul Daljord
	24. Nordlandssykehusets kunstutvalg	Merete Hassel hassel.merete@gmail.com	Har gjennomført et møte. Skal starte med å registrere hva som finnes på sykehuset. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson

<p>25. Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester</p>	<p>Linn Christin Sørtorp (Brukerutvalget)</p> <p>Viktoria Linnea Høybakk (Ungdomsrådet)</p>	<p>Hatt møte i juni. Fikk introduksjon av en pasient-app. Jobber med at appen skal være universelt utformet</p>
<p>26. Forskningsprosjekt: Identifying patients at risk: how well does existing clinical prediction tools identify patients in need of intensifed care. 2020 – 2023 Prosjekt hvor dødsfall ved NLSH 2018 og 2019 gjennomgås og beskriver pasientpopulasjonen.</p>	<p>Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no</p>	<p>Arbeidet godt i gang, møte i slutten av mai</p> <p>Kontaktperson: Marie Dahlskjær</p>
<p>27. Prosjekt: Kommunikasjon med pasienter som er lagt inn på akuttmottak med akutte brystmerter. Prosjekt hvor man videofilmer kommunikasjonen mellom lege og pasient i akuttsituasjoner.</p>	<p>Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no</p>	<p>Arbeidet godt i gang, møte i slutten av mai</p> <p>Kontaktperson: Marie Dahlskjær</p>
<p>28. Oppnevning av brukerrepresentant til prosjekt Project summary SPeCT (Safer Personalised Cancer Treatment Follow-up Cancer)</p>	<p>Elisabeth Baraa elisabeth.baraa@gmail.com</p>	<p>Status: Søknad om prosjektmidler, forventet svar høst 2022</p> <p>Kontaktperson: Gunn Varberg</p>
<p>29. Prosjektet pilotering av sikkerhetsløsning for monitorering av inneliggende pasienter med akutte psykiske lidelser. Skal søkes innovasjonsmidler 2022.</p>	<p>Ole André Korneliussen</p>	<p>Ikke sikkert de får midler, vi får tilbakemelding etter søknad innsendt</p>

<p>30. Nordlandssykehusets parkeringsutvalg</p>	<p>Gunnar Olsen gunnarolsen42@gmail.com</p>	<p>Koordinator følger opp Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
<p>31. Innovasjonsprosjekt: Medisinsk avstandsoppfølging innen klinisk ernæringsbehandling i spesialist og primærhelsetjenesten. Utvikle digital oppfølging av ernæringsbehandling for pasienter som skrives ut fra NLSH Stokmarknes.</p>	<p>Paul Daljord</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forventet svar på søknad juni 2022 • Paul skal få en orientering om prosjektet i løpet av juni <p>Ansvarlig Nordlandssykehuset: Elinor Carlsson</p>
<p>32. Innovasjonsprosjekt: Hjemmebehandling med intravenøst antibiotika. I dag har vi flere pasientgrupper innlagt som får langvarig iv antibiotika på sykehus. Mange av disse er oppegående og kunne fint fått behandling hjemme hvis dette var mulig.</p>	<p>Gunn Hutchinson</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forventet svar på søknad juni 2022 • Ansvarlig Nordlandssykehuset: Hans Erling Simonsen
<p>33. Etablering av rusakutt Psykisk helse og rusklinikk – Forprosess</p>	<p>Carl Eliassen: carl@marborg.no</p>	<p>Ikke noe nytt siden sist Kontaktperson: Linn Sørtorp</p>
<p>34. Innovasjonsprosjekt: Et mer barnevennlig sykehus</p>	<p>Marie Dahlskjær</p>	<p>Forventet svar på søknad juni 2022. Ansvarlig Nordlandssykehuset, Kirsti Neset</p>
<p>35. Innovasjonsprosjekt: Fiberoptic endoskopisk Examination of Swallowing (FEES) - Implementering av</p>	<p>Mona Bahus Mobil: 988 36 221 E-post: post@alsnorge.no *Står oppført som brukerrepresentant</p>	<p>Forventet svar på søknad juni 2022. Ansvarlig Nordlandssykehuset:</p>

	innovativ metode innen dysfagi	men bosatt på Østlandet. Om prosjektet får innvilget midler rekrutteres brukerrepresentant bosatt i Nordland.	Bodil Berg-Hansen Rosenvinge
	36. Hva er viktig for deg dagen Onsdag 9. juni 2022 markeres «Hva er viktig for deg?»- dagen ved Nordlandssykehuset. Denne dagen oppfordres alle ansatte til å spørre pasienter og pårørende "Hva er viktig for deg?".	<ul style="list-style-type: none"> • Psykisk helse- og rusklinikken Danielle Johanne <ul style="list-style-type: none"> • NLSH sentrum • Vesterålen Paul Daljord <ul style="list-style-type: none"> • Lofoten Ole André Korneliussen	
	37. Forbedring av sekundærprofylakse ved hjerneslag – Gjennomgang av brosjyre, slagkort og utskrivelsesinfo	Paul Amundsen, paamundsen@hotmail.com	Kontaktpersonperson: Gunn Varberg Gjelder: Gjennomgang av brosjyre (kortvarig prosjekt) Prosjektleder Nordlandssykehuset: Charlotte Eileen Mack
	38. Prestetjenesten for fremtiden 2022	Kitt Anne Jorid Hansen E-post: kitt-anne.hansen@rio.no	Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
	39. Brukerrepresentasjon-deltakelse på sofaprat arrangement 26. september i Bodø Rådhus (Folkeforum) fra kl. 19.00 til 20.30.	Marie Dahlskjær	

	<p>40. Forbedringsprosjekt Dekolonisering av protesepasienter</p>	<p>Forespurt klinikken om aktuelle kandidater. Avventer tilbakemelding</p>	
<p>066/2022</p>	<p>Ungdomsrådets leder orienterer om aktuelle saker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hatt møte 31. mai: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitale konsultasjoner statens barnehus ▪ Digitale tjenester Helse Nord • Deltatt med innlegg på samhandlingskonferanse i Svolvær • Skal være en samling for alle ledere og nestledere i september i Tromsø • Presentasjon i ledergruppa med våre hovedsaker <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 tiltak for å skape et godt sykehus for barn og ungdom • Foredrag samhandlingskonferansen Mosjøen • Innlegg barnehabilitering <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for orienteringen.</p>		
<p>067/2022</p>	<p>Eventuelt</p> <p>1. Innspill til tema brukerkonferansen 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging av retten til å få koordinator for personer med sammensatte og langvarige behov. <p>Ønsker at det skal være et foredrag/innlegg hvor tilbudet i Helse Nord sammenlignes med andre regionale helseforetak, når det gjelder antall plasser, variasjon i tilbud og tilgjengelighet. For eksempel er det slik at i Helse Nord må man søke via Helfo, mens i Helse Øst kan det søkes direkte til institusjon. Det skal være like tilbud og tilgjengelighet i alle regioner. Kan være kafe-dialog, men ønsker også å få orientert om tilbudet i Helse Nord.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging av retten til å få kontaktlege. <p>Ønsker at det skal foredrag/innlegg hvor tilbudet i Helse Nord sammenlignes med andre regionale helseforetak. Våre erfaringer er at dette er en ordning som det er utfordringer med å implementere ved flere helseforetak. Kan man si noe om tilbudet i Helse Nord?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innlegg fra Ungdomsrådene <p>Kanskje kan <i>10 Råd for reell medvirkning fra Ungdomsråd</i> som et eksempel på hva ungdomsrådene mener må til for å sikre god medvirkning.</p> <p>2. Busstrasé Nordlandssykehuset</p> <p>Henvendelse sendt fylkeskommunen 19.05.2022. Tilbakemelding: <i>Den er forsinket da vi ikke har hatt kapasitet. Leveranse på dette kommer først til høsten. Fylkeskommunen har</i></p>		

tidligere meldt tilbake at de ikke ønsker å flytte traseen, har ikke registrert at dette har endret seg nå. Sykehuset må som kjent bygge om foran inngangspartiet noe de har problematisert tidligere da dette vil medføre kostnader. Det er etterspurt et møte fra kommunen med partene, men så vidt jeg vet er ikke dato fastsatt enda.

3. Bekymring rundt den økonomiske situasjonen

Brukerutvalget ble i møte den 18.05.22 orientert om at Nordlandssykehuset skal nedbemanne til 2019 nivå, uten oppsigelser, men ved å bruke egne ressurser, kutte i innleid arbeidskraft og naturlig avgang. Det snakkes oftere om slitne og overarbeidede sykepleiere, leger og øvrig helsepersonell. Vi er orientert om pasientskader, økende ventetid, og ansatte-/ miljøundersøkelse (Forbedring 2021) som er bekymrende. Brukerutvalget ønsker å uttrykke bekymring vedrørende dette nedtrekket med utgangspunkt i fokus på pasientsikkerhet, helse og også økonomi. En del pasienter lider økonomisk som følge av lang ventetid på behandling som igjen kan føre til en forverring av deres helsemessige forhold.

Vedtak:

1. Brukerutvalget spiller inn temaene som framkommer over til brukerkonferansen 2022.
2. Brukerutvalget er ikke tilfreds med den manglende progresjonen i å få buss-stopp utenfor Nordlandssykehusets hovedinngang. Brukerutvalget ber direktør om å ta initiativ til et møte med fylkeskommunen for å se på mulige løsninger.

Oppfølgingssaker

1. Busstrasé Nordlandssykehuset – **henvendelse sendt fylkeskommunen 19.05.2022**
Her er svaret fra avdelingsdirektør ved Teknisk: Den er forsinket da vi ikke har hatt kapasitet. Leveranse på dette kommer først til høsten. Fylkeskommunen har tidligere meldt tilbake at de ikke ønsker å flytte traseen, har ikke registrert at dette har endret seg nå. Sykehuset må som kjent bygge om foran inngangspartiet noe de har problematisert tidligere da dette vil medføre kostnader. Det er etterspurt et møte fra kommunen med partene, men så vidt jeg vet er ikke dato fastsatt enda.
2. Oppfølging av kontaktlege-ordningen – **spilt inn som tema på brukerkonferanse 2022**
3. Koordinator for personer med sammensatte og langvarige behov – **spilt inn som tema på brukerkonferanse 2022**
4. Frivillighet Nordlandssykehuset – **kartlegging begynt**
5. Utskrivning/pasientreiser – **henvendelse sendt til klinikkene**
6. Ventetid habilitering barn og unge – **forespurt direktør**
7. Presentasjon årsmelding pasient- og brukerombudet, **september**
8. Regionale funksjoner med særfinansiering – informasjon om prosjekt ny orientering ved Tonje Hansen, **19. september**
9. Hvordan er rehabiliteringstilbudet ved Nordlandssykehuset. Hvilke tilbud har vi? Hvordan er situasjonen sammenlignet med andre helseforetak? **24. august**
10. Liggetid TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) **forespurt klinikk sjef psykisk helse- og rusklinikken**
11. Forbedring 2021 – Orientering om resultatet fra kartleggingen for Nordlandssykehuset, oppfølging, **oktober 2022**
12. Vardesenteret – informasjon og besøk – **settes opp på møte til høsten**
13. Aleris – etablering Bodø – **24. august**



Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF

REFERAT

17.-19. juni 2022

Beate Juliussen
06.07.2022



Sandra Emilie Eliassen	Leder	Til stede	
Sol Andrea Hasselberg	Nestleder	Til stede	
Evelina Sæter Tro Johnsen	Medlem	Til stede	
Aleksander Kysnes Arntzen	Medlem	Til stede	
Linus Riise	Medlem	Til stede	
Maria Kyrrø Kaliainen	Medlem	Til stede	
Eskil Haraldsvik Amundsen	Medlem	Deltok dag 1	Deltok på Teams

Fra administrasjonen møtte:

Beate Juliussen	Administrasjonssjef/koordinator, referent
Per Ivar Stranden	Digital FACT Ung, deltok på sak 17/2022
Espen Hansen	Prosjektleder nye Hammerfest sykehus
Kirsti Høylo Larsen	Samvalgskordinator Hammerfest sykehus
Rita Jørgensen	Klinikkjef, Kirkenes sykehus
Thomas Wilson	Helikopterbasen Kirkenes

Andre:

Vibeke Christensen	Kunstkonsulent nye Hammerfest sykehus
Trine Kjellsdatter Dervo	Ungdomskordinator NAV Sør-Varanger



Sak 14/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Det innkalles til helgesamling for Ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset **HF Fredag 17. juni kl 16:00 til søndag 19. juni 2022 kl. 12:00**

Saksnummer	Sakens navn
14/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
15/2022	Godkjenning av referat fra 4. april 2022
16/2022	Gruppearbeid i løpet av helga
17/2022	Ungdom og psykisk helse - Digital FACT Ung
18/2022	Møteplan og reiseregninger, inkludert revidert honorering for brukermedvirkning
19/2022	Regionalt diagnoseuavhengig ungdomskurs 3.-4. oktober 2022
20/2022	Informasjon om samling for ledere, nestledere og koordinatorene for ungdomsrådene 22.-23. september 2022 i Tromsø og Brukerkonferansen 21.-22. september 2022 i Tromsø.
21/2022	Innspill til Helse Nord til Brukerkonferansen 21.-22. september 2022 i Tromsø
22/2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Muntlig informasjon fra UR leder 2. Muntlig informasjon fra UR medlemmer 3. Informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset
23/2022	Eventuelt

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes

Sak 15/2022 Godkjenning av referat fra Ungdomsrådsmøte 4. april 2022

Vedtak: Referat fra Ungdomsrådsmøte 4. april godkjennes.

Sak 16/2022 Gruppearbeid i løpet av helga

I løpet av helgen var det ulike gruppearbeid med følgende tema:

Vedtak:

Sak 17/2022 Ungdom og psykisk helse - Digital FACT Ung

Prosjektleder for digital FACT Ung, Per Ivar Stranden innledet i saken før en gruppediskusjon rundt temaene:

1. Hva er psykisk helse for deg
2. Hvordan synes du tilbudet til ungdom i ditt nærmiljø er i dag?



3. Dersom du ble psykisk syk, hvem tror du kunne gitt deg den beste hjelpen?
4. Ville du foretrukket å snakke med noen? Via en app, ansikt til ansikt eller sende meldinger?

Vedtak:

Ungdomsrådet gav sine innspill til Digital FACT Ung prosjektet.

Sak 18/2022 Møteplan og reiseregninger, inkludert revidert honorering for brukermedvirkning

Vedtak:

1. Møteplan for 2022 blir som følger
 - a. 10. oktober 2022 kl 17-19
 - b. 28. november 2022 kl 17-19
2. Informasjon om reiseregninger tas til orientering
3. Den enkelte har ansvar for å sende inn reiseregning så snart som mulig etter møte

Sak 19/2022 Regionalt diagnoseuavhengig ungdomskurs 3.-4. oktober 2022

Vedtak:

Informasjon om regionalt diagnoseuavhengig ungdomskurs 3.-4. oktober 2022 tas til orientering.

Sak 20/2022 Informasjon om samling for ledere, nestledere og koordinatorene for ungdomsrådene 22.-23. september 2022 i Tromsø og Brukerkonferansen 21.-22. september 2022 i Tromsø.

Vedtak:

Fra Ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset HF deltar leder, Sandra Emilie Eliassen og nestleder Sol Hasselberg.

Sak 21/2022 Innspill til Helse Nord til Brukerkonferansen 21.-22. september 2022 i Tromsø

Vedtak:



Følgende innspill til Brukerkonferansen sendes til Helse Nord:
Ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset ønsker psykisk helse som tema.
Kunne kanskje fått inn noen som kunne snakket om sine opplevelser?
Eksempel Agnethe Saba eller Nelly Krogstad.

Sak 22/2022 Orienteringssaker

1. Muntlig informasjon fra UR leder
2. Muntlig informasjon fra UR medlemmer
3. Informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset HF
 - a. Omvisning på Kirkenes sykehus med Rita Jørgensen og helikopterbasen med Thomas Wilson i forkant av Ungdomsrådsmøtet
 - b. Hva jobber ungdomsrådskoordinator i NAV med? Trine Kjellsdatter Dervo og Tonje gav orientering om IPS Ung og hva ungdomsrådskoordinator jobber med i NAV. De fikk også innspill fra ungdomsrådet om hva de ser på som viktig.
 - c. Nye Hammerfest sykehus
 - i. Orientering fra prosjektleder Espen Hansen
 - ii. Orientering fra kunstkonsulent Vibeke Christensen

Innspill fra ungdomsrådet til nye Hammerfest sykehus:

- Ungdomsrommet i nye Hammerfest sykehus bør ikke kombineres til bruk for undervisning. Undervisning bør skje i andre lokaler.
- Innredningen i ungdomsrommet bør være avslappet, sofa, sacco sekker, playstation
- Ønsker tilgang til treningsmuligheter
- Kunsten på ungdomsrommet kan gjerne være bilder som byttes på
- Interaktivitet er bra

Hva skal til for at ungdom skal trives på sykehus:

- God og sunn mat og drikke (gjernne fiskepinner, fiskegrateng, lasagne, taco, pizza...)
- Gode tv kanaler på ungdomsrommet – Netflix, Disney+ osv.
- Mulighet for å trene
- Aktiviteter
- Når helsepersonell ikke snakker norsk er de vanskelig å forstå. Foreldre må ofte oversette, og da er en redd for å gå glipp av informasjon.



- Snakk slik at vi forstår. Snakk saktere. Bruk norske ord (om du snakker svensk/dansk).
- God kommunikasjon med legen
- Ikke snakk over hodet på oss (spesielt når foreldre er med)
- Snacks automater
- Mulighet for å koble av
- Ta oss som pasienter seriøst
- Vi vil bli tatt på alvor!
- Kan ny teknologi bidra til at vi slipper å bli vekt på natta?
- «over happy» pleiere er ikke nødvendig – prøv å matche energien min

d. Samvalg

- i. Samvalgskordinator Kirsti Høylo Larsen innledet i saken.
- ii. Gruppearbeid med tema rundt samvalg. Kirsti fikk innspill som hun tar med videre.

Vedtak:

1. Ungdomsrådet anmoder om at ungdomsrommet i nye Hammerfest sykehus ikke kombineres til bruk for undervisning. Undervisning bør skje i andre lokaler.
2. Øvrig informasjon tas til orientering.

Sak 23/2022 Eventuelt

Det fremkom ingen saker under eventuelt.

Referatet godkjennes på neste møte

Kopi til:

- Styret i Finnmarkssykehuset HF (referatsak på styremøte 23. august 2022)
- Foretaksledelsen ved Finnmarkssykehuset HF
- Brukerutvalget Finnmarkssykehuset HF
- Ungdomsrådet Nordlandssykehuset
- Ungdomsrådet UNN
- Regionalt Brukerutvalg



Protokoll

Møte: Brukerutvalgsmøte i Helgelandssykehuset HF

Tid: 13. juni 2022, kl. 10.00 – 14.30

Møtested: Teams-møte, ledelse og sekretariat møtte på HR-/Samhandlingsavdelinga i Mosjøen.

Innkalt:

Deltagere	Funksjon	Organisasjon	Tilstede	Meldt forfall
Anne Lise Brygfeldt	Leder	SAFO	x	
<i>Hugo Sandoval</i>	<i>Medlem</i>	<i>Mental Helse</i>		x
Tove Linder Aspen	Medlem	Ivareta	X	
<i>Jan Sundset</i>	<i>Medlem</i>	<i>Samisk befolkning</i>		x
<i>Grete Bang</i>	<i>Medlem</i>	<i>Eldrerådet</i>		x
<i>Dag Utnes</i>	<i>Medlem</i>	<i>Kreftforeningen</i>		x
<i>Steinar Arnesen</i>	<i>Medlem</i>	<i>FFO</i>		x
<i>Ija Nilsen</i>	<i>Medlem</i>	<i>RIO</i>		x
Rigmor Røberg	Vara	Kreftforeningen	X	
Hilde Valrygg Vik	Vara	FFO	X	
Liv Jamtli	Vara	FFO	X	
Bjørn Helge Hansen	Vara	Eldrerådet	X	
Fra Helgelandssykehuset				
<i>Hulda Gunnlaugsdottir</i>	<i>Adm. dir</i>			x
Knut Roar Johnsen	Samhandlingssjef		x	
Tove Lill Falstad	Rådgiver samhandling		x	
Ole Hope	Prosjektleder		x	
Hanne Frøyshov	Medisinsk direktør		x	
Merethe Myrvang	Rådgiver Nye Hsyk		x	
Hege Igeland	Rådgiver samhandling		x	
Gry Fjellgård	Rådgiver samhandling		x	
Geir Jensen	Controller		x	
Sissel Karin Andersen	Organisasjonsdirektør		x	



Saksliste

- Sak 30/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 31/2022 Godkjenning av protokoll fra møte i brukerutvalget 20. april 2022
- Sak 32/2022 Konstituering av brukerutvalget
- Sak 33/2022 Referatsaker
- Sak 34/2022 Handlingsplan for Brukerutvalget
- Sak 35/2022 Orienteringssaker fra leder og medlemmer
- Samhandlingskonferansen
 - Styremøter
 - Klinisk Etisk Komite-møte (KEK)
 - Styringsgruppemøte for Nye Helgelandssykehuset
 - Brev fra Børge Hundnes
 - Kompetanseplanen 2022/2023
 - Honorering av brukermedvirkning i Helse Nord- revisjon av retingslinje
 - Godtgjørelse til RBU og alle brukerutvalg og ungdomsråd i alle helseforetak i Helse Nord
- Sak 36/2022 Status økonomi
- Sak 37/2022 Hovedprogram Nye Helgelandssykehuset
- Sak 38/2022 Status gjennomgang av alternativer – Nye Hsyk
- Sak 39/2022 Tertialrapport 1-2022
- Sak 40/2022 Faglig strategisk utviklingsplan
- Sak 41/2022 Muntlig orientering fra AD
- Sak 42/2022 Eventuelt
- Universell utforming
 - Notat fra Profo

Protokoll

Sak 30-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste v/ALB

Vedtak: Godkjent

Sak 31-2022 Godkjenning av protokoll BU 20.04 v/ALB

Vedtak: Godkjent

Sak 32-2022 Konstituering av brukerutvalget v/KRJ

Vedtak: Godkjennes

Sak 33-2022 Referatsaker v/ALB

Referat møte i Brukerutvalget Nordlandssykehuset 18.06.22

Ang sak 051/2022 Status prosjekter, pkt 20: «avansert smertebehandling med metadon- Innovativ behandling av pasienter med kroniske smerter» ble det stilt spørsmål om det er kontroll på dosering for å unngå avhengighet. Samhandlingssjef tok kontakt underveis i møtet med kontaktperson for prosjektet i NLSH som kunne bekrefte kontroll og nytte .

Vedtak: Godkjent

Sak 34- 2022 Handlingsplan for BU 2022/2023 v/ALB

Vedtak: Planen tas til orientering, og legges til godkjenning i påfølgende BU-møte.

1. For å imøtekomme pkt 18 i Oppdragsdokumentet: «I samarbeid med brukerutvalget kartlegge og forbedre samarbeidet med frivillige organisasjoner» ønsker Brukerutvalget å ha fysiske møter med de store organisasjonene
2. Brukerutvalget finner første punkt under «Brukermedvirkning på individnivå» utydelig og ønsker en ny setning til erstatning for: «Fremme implementeringen av samvalg i klinisk praksis»
3. Brukerutvalget stiller spørsmål om hvilke store brukerorganisasjoner det henvises til under punktet «brukermedvirkning på systemnivå», og hvem som kaller inn til disse møtene. Bør presiseres i planen. Følges opp av AU.

Sak 35- 2022 Orienteringssaker fra leder og medlemmer

- Leder og nestleder deltok på Samhandlingskonferansen 8. og 9. juni 2022. Tilbakemeldinger: Fantastisk program, pasienten i sentrum i hele konferansen. Gode innledere. Godt utbytte. Fantastiske ungdomsrepresentanter som holdt innlegg.
- Leder har deltatt på styreseminar og styremøte i Tromsø.
- Nestleder har deltatt i regional samling for Klinisk etisk komitè (KEK), regional samling
- Det stilles spørsmål ved årsak til at vararepresentant ikke får delta i styringsgruppemøte til Nye Helgelandssykehuset.
- Brev fra Børge Hundnes.
- Kompetanseplan for Helgelandssykehuset er vedtatt for 2022/2023. Brukerutvalget har gitt innspill til planen. BU er fornøyd med at innspill er tatt hensyn til og tatt med i vedtatt plan.
- Honorar for brukermedvirkning i Helse Nord. Revisjon av retningslinje. Brukerutvalget er misfornøyd med at det ikke gis honorar for å delta på kurs/konferanser, og tar dette opp i regionalt brukerutvalg.
- Honorarsatser for brukerutvalget endres fra mai 2022 i henhold til vedtak i Helse Nord.



- Vedtak:** Sakene tas til orientering
1. Brukerutvalget ønsker at vararepresentant får delta i styringsgruppemøter i Nye Helgelandssykehuset i tilfelle hovedrepresentant ikke kan stille. Det er for å sikre brukermedvirkning også i styringsgruppearbeidet. Samhandlingssjefen bes følge dette opp med prosjektledelsen i Nye Helgelandssykehuset.
 2. Brukerutvalget anbefaler at det utarbeides retningslinjer for hvordan utvalget skal forholde seg til henvendelser og innspill om saker som i grunn skal avgjøres i styrene i Helse Nord og/eller i Helgelandssykehuset. Samhandlingsavdelinga bes følge dette opp i samarbeid med administrasjonen.
 3. Brukerutvalget sender ut en pressemelding med ønske om at kreftkirurgien må tilbakeføres til Helgeland. Brukerutvalget tar ikke stilling til lokalisasjon i pressemeldingen.

Sak 36-2022 Status økonomi i HSYK v/Geir Jensen

- Vedtak:** Saken tas til orientering.
1. Brukerutvalget er bekymret for at den største utgiftsposten er knyttet til innleie av viktig medisinsk- og helsefaglig personell. Bekymringen er knyttet til om det vil få konsekvenser for pasienttilbudet i foretaket.

Sak 37-2022 Hovedprogram Nye Helgelandssykehuset v/Ole Hope

PowerPoint-presentasjon sendes deltakere på møtet (unntatt offentlighet). Hovedprogrammet er ferdig og styrebehandles i 23.august -22. Brukerutvalget inkluderes i utarbeidelsen av det endelige hovedprogrammet som inkluderer endelig konseptvalg og lånesøknad. Brukerutvalget er innkalt til møte 19. august og får saken tilsendt den 15. august til gjennomgang for dialog og innspill.

- Vedtak:** Saken tas til orientering

Sak 38-2022 Status gjennomgang av alternativer Nye Helgelandssykehuset v /Ole Hope

PowerPoint-presentasjon sendes til deltakere på møtet. Foreløpig unntatt offentlighet.

- Vedtak:** Saken tas til orientering.
1. Det settes av tid til avklarende spørsmål i møtet den 19. august 2022. Leder kan kontaktes for å diskutere spørsmål som ønskes stilt i møtet.

Sak 39-2022 Tertialrapport 1-2022 v/Hanne Frøyshov



Gjennomgang av rapporten. Det stilles spørsmål ved punkt 9, «vurdere hvilke aktiviteter som kan flyttes nærmere pasienten». Det er sendt en oversikt over hvilke operasjoner som Helgelandssykehuset har kapasitet til å foreta.

Vedtak: Saken tas til orientering.

1. Brukerutvalget sender en henvendelse til Helse Nord hvor det bes om at UNN/NLSH benytter seg av ledig behandlingsskapasitet i Helgelandssykehuset

Sak 40-2022 Faglig strategisk utviklingsplan v/Hanne Frøyshov

Strategi 2022-2038 «Norges beste lokalsykehus». I møtet får brukerutvalget presentert en oppsummering av satsningsområder i faglig strategisk utviklingsplan (FSU) som skal styrebehandles i august. Brukerutvalget kom med følgende innspill i møtet:

- Begrepet «lagspill» bør tas med under verdier.
- Det savnes fokus på brukermedvirkning i FSU

Vedtak: Tas til orientering

1. Hanne Frøyshov tar med seg de innspill som kom fram i møtet
2. Brukerutvalget kommer med eventuelt flere innspill til FSU innen 1. juli - 2022.

Sak 41-2022 Muntlig orientering fra AD, presentert av Sissel Karin Andersen

Sissel Karin Andersen presenterer oversikt over konstitueringer i Helgelandssykehusets ledelse. Disse endringene er gjeldende fra 1.7.22. Organisasjonsoversikt sendes ut som vedlegg. Fagsjef er ansatt fra august. Det blir ingen endringer i organisasjonsstrukturen.

Vedtak: Saken tas til orientering

Sak 42-2022 Eventuelt

Det var meldt to saker til eventuelt. Sak om universell utforming utsettes til høsten. Saken fra PROFO der forbundet uttrykker bekymring for urologitilbudet ved Helgelandssykehuset i Mosjøen følges opp av brukerutvalget gjennom medvirkning i alle prosesser knyttet til utvikling av Nye Helgelandssykehuset. Brukerutvalget er opptatt av at kompetanse som er bygget opp gjennom år ikke forsvinner fra helseforetaket.

Protokoll godkjennes endelig i møte 19. august 2022

Protokollen blir lagt fram som referatsak i kommende styremøte



Kopi til:

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



Brukerutvalgsmøte Finnmarkssykehuset HF

REFERAT

15.-16. juni 2022

Beate Juliussen
16.06.2022



Kjell Magne Johansen	Leder	Til stede	
Gro Johansen	Nestleder	Til stede	
Torhild Ackermann	Medlem	Til stede	
Tom-Kristian Tommen Hermo	Medlem	Til stede	
Astrid Daniloff	Medlem	Til stede	
Bjørnar Leonardsen, vara for Alf Bjørn	Medlem	Til stede	
Solveig Methi	Medlem	Til stede	
Knut Harald Eriksen	Medlem	Meldt forfall	Vara hadde ikke mulighet til å stille
Susanne Elisabeth Siri	Medlem	Meldt forfall	Har pr i dag ikke vara

Fra administrasjonen møte:

Beate Juliussen	Administrasjonssjef (referent)
Harald G. Sunde	Medisinsk fagsjef, deltok på sak 22/2022
Robert Kechter	Rådgiver, deltok på sak 23/2022
Sofie Bjørnå	Rådgiver, deltok på sak 23/2022
Espen Hansen	Prosjektsjef NHS, deltok på sak 25/2022
Bjørn Erik Johansen	Avdelingsleder Pasientreiser, deltok på sak 26/2022
Line Grongstad	Konstituert kvalitets- og utviklingssjef, deltok på sak 07-09/2022

I tillegg møte:

Vibeke Christensen	Kunstkonsulent NHS, deltok på sak 24/2022
--------------------	---



Sak 14/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Det innkalles til Brukerutvalgsmøte i Finnmarkssykehuset HF i henhold til vedtatt møteplan 15. og 16. juni 2022 på Scandic Hotel Kirkenes.

Saksnr	Sakens navn
14/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
15/2022	Godkjenning av referat fra BU møte 17. mars 2022
16/2022	Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg møte 3. juni 2022
17/2022	Møteplan, reiseregninger og budsjett 2022, inkludert revidert honorering for brukermedvirkning
18/2022	Valg av representanter til styrer, råd og utvalg
19/2022	Bærekraftsanalyse Finnmarkssykehuset HF Ingen presentasjon, styresaken legges ved.
20/2022	Tertialrapport 1. tertial Oppdragsdokumentet 2022 Ingen presentasjon, styresaken legges ved.
21/2022	ForBedring 2022
22/2022	Medisinsk fagsjef orienterer
23/2022	Orientering om rus/psykiatritilbudet i Finnmarkssykehuset
24/2022	Kunst i nye Hammerfest sykehus
25/2022	Nye Hammerfest sykehus
26/2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Muntlig informasjon fra BU leder 2. Muntlig informasjon fra BU medlemmer 3. Muntlig informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset HF <ol style="list-style-type: none"> a. Innspill til Helse Nord RHF's brukerkonferanse 21.-22.09.22
27/2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Referat fra regionalt brukerutvalg 7. april 2022
28/2022	Eventuelt

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 15/2022 Godkjenning av referat fra møtet i Brukerutvalget 17. mars 2022

Vedtak: Referatet fra brukerutvalgsmøte 17. mars 2022 godkjennes.

Sak 16/2021 Referat AU-møte 3. juni 2022

Vedtak: Brukerutvalget tar referatet fra AU møte 3. juni 2022 til orientering.



Sak 17/2022 Møteplan, reiseregninger og budsjett 2022, inkludert revidert honorering for brukermedvirkning

Administrasjonssjef Beate Juliussen innledet i saken.

Vedtak:

Informasjon om møteplan, reiseregninger og budsjett 2022 tas til orientering.

Sak 18/2022 Valg av representanter til styrer, råd og utvalg

Administrasjonssjef Beate Juliussen innledet i saken.

Vedtak:

Styrer, råd og utvalg	Brukerutvalgsmedlem 2022-2024
Brukerpanel for digitale pasient- og samhandlingstjenester	Bjørnar Leonardsen
Brukerutvalget i Sykehusapotek Nord	Torhild Ackermann, vara: Solveig Methi
Brukerutvalgets Arbeidsutvalg	Kjell Magne Johansen, Gro Johansen, Tom Kristian Tommen Hermo
Forskningsprosjekt i medisinsk etikk	Gro Johansen
Forskningsstyret i Finnmarkssykehuset	Kjell Magne Johansen
Helsefellesskapet - tidligere Overordnet samarbeidsorgan (OSO)	Solveig Methi
Klinisk etikk komite (KEK)	Tom-Kristian Tommen Hermo
Kvalitetsutvalget i Finnmarkssykehuset	Astrid Daniloff, vara: Torhild Ackermann
Prosjektstyre nye Hammefest sykehus	Kjell Magne Johansen
Samisk Språkutvalg	Susanne Elisabeth Siri
Stormottakersatsningen i Finnmarkssykehuset HF	Gro Johansen
Styret i Finnmarkssykehuset, observatør	Kjell Magne Johansen
Lokalt samarbeidsutvalg Vest-Finnmark	Alf Bjørn, Vara: Susanne Siri
Lokalt samarbeidsutvalg Øst-Finnmark	Lokalt LHL medlem



Sak 19/2022 Bærekraftsanalyse Finnmarkssykehuset HF

Ingen innledning i saken.

Vedtak:

Informasjon om langtidsbudsjettet for Finnmarkssykehuset HF tas til orientering.

Sak 20/2022 Tertialrapport 1. tertial Oppdragsdokumentet 2022

Ingen innledning i saken.

Vedtak:

Brukerutvalget tar informasjon om 1. tertial oppdragsdokumentet 2022 til orientering.

Sak 21/2022 ForBedring 2022

Ingen innledning i saken.

Vedtak:

Informasjon om ForBedring tas til orientering.

Sak 22/2022 Medisinsk fagsjef orienterer

Medisinsk fagsjef, Harald G. Sunde innledet i saken.

Oppdatering vedrørende geriatrisk team i Sámi klinihkka. Dette følges videre opp i neste møte.

Oppdatering vedrørende klart språk/innkallingsbrev på samisk. Dette følges videre opp i neste møte.

Spørsmål og kommentarer:

I klart språk/innkallingsbrev bør det tas inn en setning i brevet om at det oppfordres til å registrere seg for å motta innkallinger digitalt. Det bør også tas med en setning om å komme på sykehus parfyme fri. Innkallingsbrev på samisk følges videre opp i neste møte.

Helikopterlandingsplass Kirkenes – ber om mer utfyllende informasjon i neste møte.

Vedtak:

Informasjon fra medisinsk fagsjef tas til orientering.



Sak 23/2022 Orientering om rus/psykiatritilbudet i Finnmarkssykehuset

Robert Kechter og Sofie Bjørnå innledet i saken.

Vedtak:

Brukerutvalget ber om at Finnmarkssykehuset HF og regionalt brukerutvalg kontakter UiT for å få en forsterkning av videreutdanning av spesialsykepleiere med kvoter for sykepleiere fra Finnmarkssykehuset HF. Det bes også om at videreutdanningen av psykiatrisk sykepleiere prioriteres.

Sak 24/2022 Kunst i nye Hammerfest sykehus

Kunstkurator for nye Hammerfest sykehus, Vibeke Christensen innledet i saken.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Ønskelig med bilde i blodbanken, der det tappes blod.

Ønskelig med bilder på pasientrom.

Kantinegården: viktig at kunsten er tilgjengelig hele året, også på vinteren når et er snø.

Viktig å ta hensyn til allergier ved valg av kunst, eksempelvis overflatebehandlinger og innramminger.

Vedtak:

Brukerutvalget tar informasjon om kunst i nye Hammerfest sykehus til orientering.

Sak 25/2022 Nye Hammerfest sykehus

Prosjektsjef, Espen Hansen innledet i saken.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Blir det skilting også på Kvensk?

Skilting for synshemmede – blir det mulighet til å lytte til hvor en er i bygget?

Hvordan blir adkomsten til bygget? Presenteres på neste møte.

Vedtak:

Brukerutvalget tar informasjon til orientering.



Sak 26/2022 Orienteringssaker

1. Muntlig informasjon fra BU leder
 - a. Nye Hammerfest sykehus, jevnlig møter.
 - b. Andre utvalg, går som normalt.
 - c. Styremøter: dersom det er noen som har innspill eller spørsmål til styresaker, ta kontakt i forkant av styremøtet.

2. Muntlig informasjon fra BU medlemmer:
 - a. Ingen orientering.

3. Muntlig informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset HF
 - a. Pasientreiser v/ Bjørn Erik Johansen

 - b. Kurs LIS2/3 – Pasient og brukermedvirkning
Det skal gjennomføres kurs på 2 timer, ett på våren og ett på høsten om pasient- og brukermedvirkning for LIS 2 og 3.
Kurset gjennomføres digitalt Datoer for 2022: 4. mai kl 12-14 og 2. november kl 12-14. Det byttes på hvem som er med på disse kursene.

 - c. Brukerutvalget stiller med representanter til å holde innlegg på pasientsikkerhetsdagene:
Kirkenes: 18.10.22
Alta: 19.10.22
Karasjok: 20.10.22
Hammerfest: 21.10.22

Vedtak:

1. Brukerutvalget tar informasjon til orientering.

Sak 27/2022 Referatsaker

1. Protokoll RBU møte 7. april 2022

Vedtak:

Referatsakene tas til orientering.



Sak 28/2022 Eventuelt

Det fremkom ingen saker under eventuelt.

Kjell Magne Johansen
Leder Brukerutvalget
Referatet godkjennes på neste møte

Kopi til:

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



MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato:	Onsdag 23.02.2022 kl 09.00-15.10
Møtested:	Møterom D1-707 og digitalt
Tilstede:	Medlemmer: Kirsti Baardsen (leder), Hans-Johan Dahl, Nina Nedrejord, Terje Olsen, Merethe Saga Lønnum, Ulf J Bergstrøm, Ingolf Kvandahl (<i>digitalt</i>), Mildrid Pedersen (<i>digitalt</i>), Merete Krohn, Nina Benjaminsen, Siv Elin Reitan (<i>digitalt</i>)
Forfall:	Paul Dahlø
Fra adm.:	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen Administrasjonskonsulent Hilde A. Johannessen (referent)

Saksliste

BU-1/22	Godkjenning av innkalling og saksliste Innkalling og saksliste ble gjennomgått.
Vedtak	Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste.
BU-2/22	Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 08.12.2021 Referatet er gjennomgått.
Vedtak	Referatet ble godkjent.
BU-3/22	Besøk av Pasient- og brukerombudet for Troms og Finnmark Pasient- og brukerombud Odd Arvid Ryan orienterte. Det har i 2021 vært en økning i antall henvendelser til ombudet i forhold til 2020. Dette indikerer at man nærmer seg normalen.
Vedtak:	Brukerutvalget takker for orientering og oppmerksomhet fra Pasient- og brukerombudet på sentrale problemstillinger.

- BU-4/22** **Høring: Valg av virksomhetsalternativ: Nye arealer for psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Tromsø**
Brukerutvalget gikk gjennom høringsforslag utarbeidet av brukerrepresentant Merethe Saga Lønnum. Det ble foretatt små justeringer.
- Vedtak** Administrasjonen sender inn høringssvaret fra Brukerutvalget innen avtalt høringsfrist 23.02.2022.
- BU-5/22** **Direktørens time**
Konst. viseadministrerende direktør Einar Bugge svarte ut følgende:
- Hvordan er rehabiliteringstilbudet for pasientene ved UNN generelt, og nå under pandemien? Hvordan tas etterslepet igjen?*
Rehabiliteringstilbudet ved UNN er høyspesialisert og avansert. Sengepost i Harstad driver mer lokalsykehusrehabilitering. Under starten av pandemien måtte rehabiliteringsavdelingen ved UNN Tromsø brukes til covidpasienter. Avdelingen er nå i normal drift igjen og etterslepet er tatt igjen.
- Nå blir covidpasienter først forsøkt lagt der de best faglig hører hjemme. De ligger da på ulike lokalisasjoner ved UNN, men i enerom og isolasjon.
- Samhandling psykisk helse og rus og somatikk. Hvordan fungerer strategien, og hva gjøres for å forbedre denne?*
Dette er et av temaene i UNNs strategi. Til styremøtet 24.02.2022 er det utarbeidet en handlingsplan som følger opp strategien. Innspill til handlingsplanen er mottatt fra psykisk helse og rus og somatikk.
- Inneværende år vil det bli opprettet en utrykningsstyrke – et CL-team. Det somatiske tilbudet i psykiatrien vil med dette styrkes, ettersom kompetente leger samt psykolog er med i teamet og rykker ut ved behov.
- Vedtak:** Brukerutvalget takker for orienteringen, og ga tilbakemeldinger og innspill som tas med videre.
- BU-6/22** **Nye UNN Narvik (NUN)**
Prosjektleder Lars K Rye og brukerkoordinator Hege Johannessen orienterte om status i prosjektet.
Innspill fra BU: Ordet *pårørende* er falt ut under Resultatmål, og *pårørende* er helt borte under delprosjekt 7 og 9. Prosjektet tar innspillet til etterretning.
- Brukerkoordinator Hege Johannessen:
Hennes rolle er blant annet å innhente innspill fra organisasjoner i forbindelse med universell utforming og andre prosjekt ved NUN. Det skal være brukermedvirkning i alle prosjekt, og antall representanter varierer etter størrelse på prosjektgruppene.

Innspill fra Brukerutvalget: Brukermedvirkning er også viktig ved møblering og legemiddelhåndtering.

Vedtak: Brukerutvalget takker for oppdateringen vedrørende prosjektet og tar informasjonen til orientering.

BU-7/22 Årsrapport Brukerutvalget 2021

Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen presenterte Årsrapporten for Brukerutvalget UNN 2021. Brukerutvalget kom med enkelte tillegg og forslag til endringer.

Vedtak: Årsrapporten ble redigert etter mottatte innspill. Brukerutvalget godkjenner Årsrapport Brukerutvalget UNN 2021.

BU-8/22 SSU: Revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtaler for Helsefelleskapet Troms og Ofoten - brukermedvirkning

SSU skal sette sammen en revisjonsutvalg i forbindelse med en avtaleprosess vedrørende samarbeidsavtaler for helsefelleskapet. I den forbindelse er det behov for en brukerrepresentant.

Vedtak: Brukerutvalget oppnevner Ulf J Bergstrøm som representant og Kirsti Baardsen som vararepresentant til prosjektet. Administrasjonen formidler kontaktinformasjon.

BU-9/22 Utprøvningsprosjekt: Hjelpemiddel Dolley - brukermedvirkning

Dolley er en vogn/tralle på fire hjul som har multifunksjonelle oppgaver. Det skal nå gjennomføres en test og tilpasningsperiode, og prosjektet trenger en brukerrepresentant med i prosessen. De håper også at Brukerutvalget kan foreslå andre aktuelle brukergrupper. Merete Krohn ble spurt og takket ja.

Vedtak: Brukerutvalget oppnevner Merete Krohn til prosjektet, og administrasjonen formidler kontaktinformasjon.

BU-10/22 Orienteringssaker

BU-10/22-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper

	Aktivitet/Prosjekt	Ansvarlig 2020-2022	Status/ merknader
1	Styret ved UNN	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara	Ordinære styresaker til behandling.
2	Kvalitetsutvalget i UNN	Kirsti Baardsen Merethe S Lønnum vara	

3	Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl Ulf J Bergstrøm vara	Utvalget i dvale i koronatiden.
4	Strategisk Samarbeidsorgan - SSU (Tidligere OSO - Overordnet Samarbeidsorgan)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Sekretariatsleder oppnevnes. God strukturert. Møte 07.04.2022.
5	Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Ny strategi, ligger på www.SANO.no . Ny direktør. Møte i mars. Litt involvering i Narvik sykehus.
6	Parkeringsutvalget	Merete Krohn Mildrid Pedersen vara	Utsatte møter, nytt møte 16.03.2022
7	Stormottakersatsingen Referansegruppe for stormottakerprosjektet D. Pasientsentrert helsetjenesteteam	Ulf J Bergstrøm Merethe S Lønnum Merethe Saga Lønnum Ulf J Bergstrøm Marit Stemland vara	Gro Berntsen. Utfordring å komme i dialog med de involverte. Ulf og Merethe purrer på prosjektet.
8	Nye UNN Narvik	<u>Styringsgruppe:</u> Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara <u>Prosjektgruppe:</u> Anita Fjellfoss, Narvik <u>Brukerrepresentanter:</u> Esben Haldorsen Cathrin Carlyle Marit Myklevoll	Fått orientering 23.02.2022.
9	Kvam utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Nina Nedrejord Terje Olsen vara	Klinikkssjef Jon Mathisen Nina begynt. Bra møte. BU-representant har egen post i møtet.
10	Kvam utvalg Diagnostisk klinikk	Nina Benjaminsen Kirsti Baardsen vara	Klinikkssjef Kate Myreng/ Bente Aune. Nina var i møtet. Pandemi, utfordringer pga sykefravær. Forbedring 2022.
11	Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken	Hans- Johan Dahl Mildrid Pedersen vara	Klinikkssjef Kristian Bartnes Nytt møte. God struktur på møtene nå.
12	Kvam utvalg NOR klinikken	Merete Krohn Merethe S Lønnum vara	Klinikkssjef Bjørn Yngvar Nordvåg (Toril D Nilsen) God struktur. Møte 10.02.2022. Gj.gang av rapporter fra avdelingene på ytre miljø, danner grunnlag for klinikkens samlede Samsvarsvurdering 2022. ForBedring 2022 – jobbe med høyere svarprosent på de ulike avdelingene. Nytt møte 5.mai 2022. Beredskapsplan – ingen i møtet hadde hørt om det.Førstehjelp – hvert år?
13	Kvam utvalg Psykiatri- og rusklinikken	Nina Benjaminsen	Klinikkssjef Eirik Stellander.

		Merethe S Lønnum vara	Saker: Pasientfondet – midlene utlyst 20.12.2021 - søkn.frist 31.03.2022. Nytt bygg.
14	Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken	Merethe Saga Lønnum Nina Nedrejord vara	Klinikkisjef Eva-Hanne Hansen Forbedring, oppfølging av saker.
15	Kvam utvalg Barne- og ungdomsklinikken	Ungdomsrådet Nina Nedrejord	Kst. klinikkisjef Marianne Nordhov Ungdomsrådet flink å møte. Fungerer bra.
16	Kvam utvalg Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken	Terje Olsen Ulf Jack Bergstrøm vara	Kst. klinikkisjef Fredrik Sund. Kontaktperson Merete Andreassen.Ulf deltatt i to møter, Terje ikke fått innkalling. Ordnet nå. Saker: Ikke brannøvelse pga smittesit. - kun papirøvelse. Dialogavtale 2022 signert. Ønsker bedre svarprosent på forbedringsundersøkelsen 2022. Avviksregistrering-underreg.?
17	Kvam utvalg Medisinsk klinikk	Mildrid Pedersen Siv-Elin Reitan vara	Klinikkisjef David Johansen Møte 07.02.2022: Brukerrepr.har egen post i møtet. Saker: En del fristbrudd på diabetes,koloskopi, beintetthet - nytt utstyr. To nye overlegestillinger. Forbedring. Nytt kreftscreening-utstyr. Utfordr m pasienter, blir liggende på geriatrisk. Grønt sykehus og miljøledelse v/ Wikstad. Komme til BU?
18	Prosjekt arealplan UNN Harstad	Ulf Jack Bergstrøm	Helsehuset, Harstad kommune: Spaden i jorda juni/juli 2022
19	Pasient-app saken HN FRESK	Martin André Moe fortsetter	Martin finner ut om den er avsluttet eller ikke. Adm.purrer.
20	Ungdomsrådet	Kirsti Baardsen	
21	Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Nina Nedrejord Ulf J Bergstrøm vara	Pasientverter godt synlig.
22	Helse I Arbeid	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	Møte 21.02.2022. Terje deltok. Ikke vært møte på 3 år. Prosjektet i Harstad og Tromsø. Brukerdeltakelse i forskn.arbeid. Mildrid deltok i søkeprosessen. Møte 04.03.2022.
23	Etablering av robotassistert PCI	Nina Nedrejord	Fortsatt stopp pga korona.
24	Klinisk etisk komite	Terje Olsen Kirsti Baardsen vara	Møtet 24.02.2022 avlyst.
25	Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Martin Moe	Ikke mottatt rapport.
26	Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara Terje Olsen	Kirsti i arbeidsutvalget Terje i styringsgruppe NOR Paul i styringsgruppe K3K
27	Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø –	Merethe Saga Lønnum	Tor-Arne Hanssen. Orientert om saken i BU sitt

	<p>konseptfase – observatør til overordnet medvirkningsgruppe Samme som nr 35.</p> <p>Nr 35: Observatør til overordnet medvirkningsgruppe OU prosjekt: Nye arealer psykisk helse og rus</p>		møte 23.02.2022. BU få tegning fra arkitekten.
28	FSU (faglig samarbeidsutvalg) Akuttmedisin SSU (strategisk samarbeidsutvalg) (Tidligere KSU kommunalt samarbeidsutvalg under OSO	Hans-Johan Dahl Ulf J Bergstrøm vara	Møte kommer.
29	Prehospitalt sepsisregister og forskningsprosjekt	Nina Nedrejord Ulf J Bergstrøm vara	Ikke hørt noe.
30	Forskningsutvalg NOR	Merete Krohn	Forskningsdagen for NOR 7.1.2022, ny dato 18.03.2022
31	Faglig samarbeidsutvalg (tidligere KSU) Stabiliserig og rekruttering av helsepersonell i UNN-området	Terje Olsen	Gøril Bertheussen. Rekrutt.problem – også i kommuner. Mange oppgaver i helsetjenesten, - tema lønn og turnus
32	Forskningsprosjekt Kunstig intelligens	Ulf Bergstrøm	Går sin gang.
33	Referansegruppe til Prosjekt Brukerbanken	Nina Nedrejord Kirsti Baardsen	Brukerbanken har fått navnet Engasjert. Møte 03.03.2022
34	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Bemanning/kompetanse	Mildrid Pedersen	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 Ikke blitt kontaktet enda.
35	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Akuttmottak	Thomas Engelskjøn	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 Ikke blitt kontaktet enda.
36	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Utvikling av tilbud til skrøpelige eldre og pasienter m fl kroniske sykdommer	Målfrid Ovanger	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 Ikke blitt kontaktet enda.
37	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Utvikling av tilbud til voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer	Nina Benjaminsen	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 (og Heidi Vik 09.12.21) vært på 2 møter.
38	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Arbeidsgruppe	Merethe Saga Lønnum	
39	Fastlegerådet (FSU)	Ingolf Kvandahl Kirsti Baardsen vara	Oppstart 19.01.2022
40	Regionalt prosjekt for digitale pasienttjenester - brukerpanel	Thomas Engelskjøn	Markus Rumpsfeld
41	SSU: Revisjonsutvalg for gjennomgang av samarbeidsavtaler for Helsefelleskapet Troms og Ofoten	Ulf J Bergstrøm Kirsti Baardsen	
42	Utprøvningsprosjekt: Hjelpemiddel Dolley	Merete Krohn	

- Vedtak** Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet følger opp der det er aktuelt. De enkelte representantene følger opp sine prosjekt.
- BU 10/22-2 Oppdragsdokument 2022**
Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen orienterte.
I oppdragsdokumentet for 2022 vil Brukerutvalget og Ungdomsrådet involveres i arbeidet med :
- Å kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner
 - Utvikle rutiner for medvirkning i bygge- og ombyggingsprosjekter
- Administrasjonen kommer tilbake med nærmere detaljer vedrørende dette videre arbeidet.
Styret ved UNN behandlet i styremøte 24.02.2022 ST 21-2022
Oppdragsdokument 2022. Dersom Brukerutvalget ønsker et sammendrag av UNNs oppdrag kan styresaken leses. Den ligger på unn.no/styret.
- Vedtak** Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.
- BU-11/22 Referatsaker**
Følgende vedlegg fremlegges:
1. Referat fra møte i Sykehusapoteket Nord, 27.09.2021
 2. Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 08.12.2021
 3. Referat fra møte i Ungdomsrådet, 09.12.2021
 4. Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 14.12.2021
 5. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 20.01.2022
 6. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, 25.01.2022
 7. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, 10.01. og 07.02.2022
 8. Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset, 10.02.2022
- Vedtak** Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.
- BU-12/22 Eventuelt**
1. **Mangel på areal ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - Vestibyleprosjektet - Pasientorganisasjonenes areal Møteplassen i vestibylen**
Brukerutvalget har mottatt henvendelser vedrørende arealbehov på UNN. Det har også vært stilt spørsmål om hvordan status i vestibyleprosjektet er.

Vedtak Brukerutvalget viser til henvendelser angående arealbehov på UNN og ønsker å se det i sammenheng med brukernes behov og tjenestetilbud. Brukerutvalget bør ikke ta stilling til rene arbeidsmiljø- og tillitsvalgssaker som er fremmet av ansatte, med mindre disse er saker som også er fremmet av pasienter/brukerrepresentanter.

Brukerutvalget etterlyser status i arbeidet med Vestibyleprosjektet som ble påstartet i 2013.

Kirsti Baardsen (sign.)
leder

Hilde A Johannessen(sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 27.04.2022.

Kopi til:

- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Sissel Eidhammer, Nordlandssykehuset
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Bård Forsdahl
- Lærings- og mestringssenteret, UNN v/ Marita Pedersen
- Kreftforeningen v/ Wenche P Kjølås
- Ungdomsrådet UNN v/ Elisabeth Warvik



MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato:	Onsdag 27.04.2022 kl 11.00- 15.55
Møtested:	UNN Breivika - møterom D1-704
Tilstede:	Medlemmer: Kirsti Baardsen (leder), Paul Dahlø, Hans-Johan Dahl, Nina Nedrejord, Merethe Saga Lønnum, Ulf J Bergstrøm, Ingolf Kvandahl, Mildrid Pedersen, Merete Krohn, Terje Olsen (<i>kl 15.20-15.55</i>)
Forfall:	Siv-Elin Reitan, Terje Olsen (<i>kl 11.00-15.20</i>)
Fra adm.:	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen Administrasjonskonsulent Hilde A. Johannessen (referent)

Saksliste

- BU-13/22** **Godkjenning av innkalling og saksliste**
Innkalling og saksliste ble gjennomgått.
- Vedtak** Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste.
- BU-14/22** **Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 23.02.2022**
Referatet er gjennomgått.
- Vedtak** Referatet ble godkjent.
- BU-15/22** **Orientering fra Pasientreiser**
Leder ved Pasientreiser, Stine Schouten, fagansvarlig Einar Holand og Marita Hansen ved Kontaktinformasjonssenteret orienterte om bl.a.:
- Alle har krav på ledsager for barn under 18 år. Er barn/ungdom over 18 år og har behov for ledsager, må legen legge inn medisinsk begrunnelse med rekvisisjonen
 - Trafikale reiser må bestilles av Pasientreiser og ikke av pasienten selv, da blir de ikke dekket (eks drosje)
 - Pasientreiser er der for pasienten

Hva er svakhetene ved Pasientreisers system sett fra deres ståsted?

- *Det bør være bedre informasjon i brev og på nett*
- *Selv om regelverket er likt for alle, er forvaltingspraksis ulik fra kontor til kontor. Det arbeides med å forbedre dette.*

Vedtak: Brukerutvalget registrerer at all saksbehandling behandles i Skien og at vedtakene kan bli preget av manglende lokalkunnskap. Brukerutvalget mener at teksten på brev med innvilgelse, delvis innvilgelse og avslag formuleres og utdypes betrakelig slik at det er forståelig for brukeren. Brukerutvalget er fornøyd med at telefontjenesten nr 55015 kan gi hjelp med alle spørsmål i forbindelse med pasientreiser.

BU-16/22 Føde- barselavdelingen ved UNN - orientering

Fag- og forskningsjordmor ved føde- og barselavdelingen Gunbjørg Andreassen orienterte om besøksrestriksjoner under pandemien: *Når det gjelder overnatting for partner på UNN ved fødsel, har det ikke vært anledning for dette, verken før eller under koronaen. Men partner har hatt anledning til å overnatte på hotellet.*

Ingen fødende har født uten partner i Tromsø under pandemien. Det har heller ikke vært restriksjoner rundt fødsel. Men det har vært restriksjoner før fødsel.

Strengt smitteverntiltak var nødvendig for å kunne opprettholde et trygt tilbud, også tatt i betraktning av at avdelingen tar imot alle risikofødende i hele Nord-Norge (ca 60% av alle fødende). Avdelingen er opptatt av at partner skal være med hele tiden, da det er stor verdi i å være sammen.

Under pandemien ansatte avdelingen assistenter for avhjelping. De er der fortsatt og er en verdifull styrke for avdelingen. Avdelingen har spredt budskapet om nytteverdien av assistenter til andre avdelinger.

Vedtak Brukerutvalget takker for en grundig redegjørelse vedrørende føde- og barselavdelingen ved UNN fra fag- og forskningsjordmor Gunbjørg Andreassen.

Det synes klart at omsorgen ved føde- og barselavdelingen i løpet av pandemien har vært vesentlig bedre enn det som har fremkommet i media.

BU-17/22 Strategisk utviklingsplan

Forsknings- og utdanningsjef Einar Bugge og prosessleder for Kloke Valg ved UNN, Heidi S. Høifødt orienterte om arbeidet med utviklingsplan UNN 2022-2038. Oppdraget til UNN er å revidere "Strategisk utviklingsplan 2015-2025" og lage Utviklingsplan 2022-2038. Planen skal være førende for hvor UNN vil mot 2038, og arbeidet bygger i stor grad på UNNs nylig vedtatte strategi for 2022-2025. Utviklingsplanen skal forankre utviklingen av helseforetakets

virksomhet i overordnede strategier og rammer. Planen besluttet av styret i september 2022.

Organiseringen av arbeidet:

Medlemmer av Brukerutvalget deltar i fem delarbeidsgrupper der de prioriterte områdene er:

1. Bemanning/kompetanse
2. Akuttmottak
3. Skrøpelige eldre og pasienter med flere kroniske sykdommer
4. Tilbudet til barn og unge
5. Tilbudet for voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer

Det arbeides bredt for å få innspill, blant annet med stand i Tromsø og Harstad, som nyhets sak på Intranett og informasjon i Direktørens ledermøte. Alle innspill blir tatt med i vurderingen. Brukerutvalget vil naturlig være med på høringsrunden. Planen vil bli revidert jevnlig.

Innspill fra Brukerutvalget: - Mer bruk av helsefagarbeidere
- Rehabilitering viktig (Valnesfjord, Vigør)
- Hjelpe pasientene der de bor om mulig

Vedtak: Brukerutvalget er fornøyd med at brukerstemmen så tydelig er tatt med i dette arbeidet, også i undergruppene. Brukerutvalget er fornøyd med den brede brukermedvirkningen i dette arbeidet, og at befolkningen også er invitert til å komme med innspill.

BU-18/22

Direktørens time

Fungerende administrerende direktør Einar Bugge svarte på følgende:

- Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K: Hva er prosessen i arbeidsgruppen og styringsgruppen, og hva er problemstillingen nå?

Proessen går langsomt fremover. NOR-klinikken har fulgt opp og kommet langt, K3K kommer etter. Det arbeides med planer for hvert fagområde. Ønskelisten er lang, men de forsøker å prioritere tydelig og finne ut hva som lar seg gjennomføre.

Det skal være nytt styringsgruppemøte i juni, da ser man hvor langt prosessen er kommet.

- Orientering om Kontaktlegeordningen

Kontaktlegeordningen er lovfestet og var tidligere betegnet som Pasientansvarlig lege (PAL). Kontaktlegeordningen gjelder for pasienter med en alvorlig sykdom som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Ordningen er dessverre ikke godt nok implementert. Det er flere årsaker til at ordningen ikke fungerer så bra, blant annet:

- *Rutinemessige kontroller av pasienten krever veldig mye ressurser, slik at tiden til legen blir spist opp av disse oppgavene*
- *Utfordrende når pasienten faller inn mellom mange ulike fagområder*

Innspill fra Brukerutvalget: Lære fra der hvor ordningen fungerer bra, f. eks innenfor kreftpakkeforløp

- Barn som pårørende
*Det arbeides aktivt med kartlegging av barn som pårørende. Dette arbeidet har kommet veldig langt nasjonalt. Informasjon om dette finnes på nettsiden **unn.no**.*

Vedtak: Brukerutvalget ser med bekymring på at kontaktlegeordningen ikke er implementert slik lovgivningen forutsetter. Brukerutvalget registrer at NOR-klinikken har fulgt bedre opp arbeidet i Strategisk plan for kliniske fagområder, men at K3K kommer etter.

BU-19/22 Engasjert: UNN brukerbank - orientering

Brukerrepresentant Merethe Saga Lønnum orienterte. Prosjektet startet opp 21.01.2022 og skal evalueres i juni 2023. Kontinuerlig forbedring har ansvaret for prosjektet. Dersom man ønsker å delta som brukerstemme/representant, finnes lenke for påmelding på UNN sin nettside unn.no, på siden til Kontinuerlig forbedring (KF) – Engasjert: UNN Brukerbank. Man trenger ikke være underlagt en organisasjon for å melde sin interesse. Brukerstemmen er ivrig og KF har fått mange kandidater. UNN er derimot ikke så flink til å engasjere brukerstemmen. Opplæring og samarbeid med Brukerutvalget er viktig.

Vedtak: Brukerutvalget mener det er viktig med fortsatt god dialog og forankring omkring Engasjert: UNN brukerbank i prosjektperioden.

BU-20/22 Orienteringssaker

BU-20/22-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper

	Aktivitet/Prosjekt	Ansvarlig 2020-2022	Status/ merknader
1	Styret ved UNN	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara	Ordinære styresaker til behandling.
2	Kvalitetsutvalget i UNN	Kirsti Baardsen Merethe S Lønnum vara	
3	Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl Ulf J Bergstrøm vara	Utvalget i dvale i koronatiden.
4	Strategisk Samarbeidsorgan - SSU (Tidligere OSO - Overordnet Samarbeidsorgan)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Sekretariatsleder oppnevnes. God strukturert. Møte 07.04.2022

5	Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Ny strategi, ligger på www.SANO.no . Ny direktør. Møte i mars. Litt involvering I Narvik sykehus.
6	Parkeringsutvalget	Merete Krohn Mildrid Pedersen vara	Møte 16.03.2022 ble avlyst.Skriftlig informasjon om parkeringssituasjonen er sendt utvalget. Mildrid spilt inn en sak til Parkeringsutvalget vedr. Parkeringsforholdene for HC i Harstad.
7	Stormottakersatsingen Referansegruppe for stormottakerprosjektet D. Pasientsentrert helsetjenesteteam	Ulf J Bergstrøm Merethe S Lønnum Merethe Saga Lønnum Ulf J Bergstrøm Marit Stemland vara	Gro Berntsen. Ulf mottatt epost vedr status, ikke fått lest gjennom enda. Merethe ikke hørt noe. Ulf vært i møte med Pasientsentrert helsetj.team.
8	Nye UNN Narvik	<u>Styringsgruppe:</u> Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara <u>Prosjektgruppe:</u> Anita Fjellfoss, Narvik <u>Brukerrepresentanter:</u> Esben Haldorsen Cathrin Carlyle Marit Myklevoll	Fått orientering 23.02.2022.
9	Kvam utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Nina Nedrejord Terje Olsen vara	Klinikksjef Jon Mathisen
10	Kvam utvalg Diagnostisk klinikk	Nina Benjaminsen Kirsti Baardsen vara	Klinikksjef Kate Myreng/ Bente Aune. Ikke møte siden sist.
11	Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken	Hans- Johan Dahl Mildrid Pedersen vara	Klinikksjef Kristian Bartnes Siste møte 22.02.2022
12	Kvam utvalg NOR klinikken	Merete Krohn Merethe S Lønnum vara	Klinikksjef Bjørn Yngvar Nordvåg (Toril D Nilsen) Miljøsertifisering: sykehus ikke lengre pålagt ekstern revisjon. UNN har valgt å ikke bli miljøsertifisert. Kommer ny ordning for helseforetak. Helse Nord jobber med felles ledelsessystem for ytre miljø. Neste møte 5.mai 2022
13	Kvam utvalg Psykiatri- og rusklinikken	Nina Benjaminsen Merethe S Lønnum vara	Klinikksjef Eirik Stellander. Nina ikke tilstede.
14	Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken	Merethe Saga Lønnum Nina Nedrejord vara	Klinikksjef Eva-Hanne Hansen 10 minutter til brukerstemmen I hvert møte.
15	Kvam utvalg Barne- og ungdomsklinikken	Ungdomsrådet Nina Nedrejord	Kst. klinikksjef Marianne Nordhov Ikke deltatt i siste møte.
16	Kvam utvalg Kirurgi, - kreft og	Terje Olsen	Kst. klinikksjef Fredrik Sund.

	kvinnehelseklinikken	Ulf Jack Bergstrøm vara	Kontaktperson Merete Andreassen. Møte 27.04.2022
17	Kvam utvalg Medisinsk klinikk	Mildrid Pedersen Siv-Elin Reitan vara	Klinikksjef David Johansen Møte 28.03.2022. Alle får 5 min hver. Pasientsikkerhetsrunde på geriatrisk avd. Jobbes mye med forbedringsarbeid. Neste møte 24.05.2022
18	Prosjekt arealplan UNN Harstad	Ulf Jack Bergstrøm	Helsehuset: Spaden i jorda juni/juli 2022. Kommunen har regien på dette, info om hva som skjer blir gitt.
19	Pasient-app saken HN FRESK	Martin André Moe fortsetter	Martin finner ut om den er avsluttet eller ikke. Adm.purrer.
20	Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Nina Nedrejord Ulf J Bergstrøm vara	Pasientverter godt synlig.
21	Helse I Arbeid	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	Dato for møte 21.02.2022. Helse I arbeid – støtte – møte om dette. 04.05.2022. Mildrid møter. Hun ønsker å fortsette I prosjektet.
22	Etablering av robotassistert PCI	Nina Nedrejord	Fortsatt stopp pga korona. Adm.sjekker status.
23	Klinisk etisk komite	Terje Olsen Kirsti Baardsen vara	
24	Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Martin Moe	Ikke mottatt rapport.
25	Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara Terje Olsen	Kirsti i arbeidsutvalget Terje i styringsgruppe NOR Paul i styringsgruppe K3K
26	Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø – konseptfase – observatør til overordnet medvirkningsgruppe Samme som nr 35. Nr 35: Observatør til overordnet medvirkningsgruppe OU prosjekt: Nye arealer psykisk helse og rus	Merethe Saga Lønnum	Tor-Arne Hanssen. Få tegning fra arkitekten. BU vurderer om Merethe skal fortsette eller ny oppnevnes.
27	FSU Akuttmedisinsk (KSU - Fagråd for Akuttmedisinsk tjeneste)SSU	Hans-Johan Dahl Ulf J Bergstrøm vara	Ulf har møtt. 05.04.2022 Et Meget godt møte hvor BU-repr. ble meget godt ivaretatt. Mads Gilbert hadde presentasjon, og ved flere anledninger info rettet direkte mot BU-repr. i faguttrykk.
28	Prehospitalt sepsisregister og forskningsprosjekt	Nina Nedrejord Ulf J Bergstrøm vara	Fortsatt ikke hørt noe.
29	Forskningsutvalg NOR	Merete Krohn	Gjennomført forskningsdag og korte nettbaserte møter. BU bør ta en gjennomgang på oppdraget og se hva BU-repr. skal gjøre. Veldig uklart.

30	Faglig samarbeidsutvalg (tidligere ssu) Stabiliserig og rekruttering av helsepersonell i UNN-området	Terje Olsen	Gøril Bertheussen. To digitale møter og fysisk møte 04.05.2022.
31	Forskningsprosjekt Kunstig intelligens	Ulf Bergstrøm	Ulf intervjuet vedr
32	Referansegruppe til Prosjekt Brukerbanken	Nina nedrejord Kirsti Baardsen	Brukerbanken har fått navnet Engasjert. Går sin gang.
33	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Bemanning/kompetanse	Mildrid Pedersen	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 Ikke hørt noe.
34	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Akuttmottak	Thomas Engelskjøn	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 Deltatt i møte.
35	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Utvikling av tilbud til skrøpelige eldre og pasienter m fl kroniske sykdommer	Målfrid Ovanger	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 Ikke svart noe.
36	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Utvikling av tilbud til voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer	Nina Benjaminsen	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 (og Heidi Vik 09.12.21) vært på 2 møter.
37	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Arbeidsgruppe	Merethe Saga Lønnum	Prosjektet varer til september 2022. Merethe intr. i å fortsette til da.
38	Fastlegerådet (FSU)	Ingolf Kvandahl Kirsti Baardsen vara	Oppstart 19.01.2022 Ikke mottatt innkalling.
39	Regionalt prosjekt for digitale pasienttjenester - brukerpanel	Thomas Engelskjøn	Markus Rumpsfeld
40	SSU: Revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtaler for Helsefelleskapet Troms og Ofoten	Ulf J Bergstrøm Kirsti Baardsen	Ikke hørt noe.
41	Utprøvningsprosjekt: Hjelpemiddel Dolley	Merete Krohn	Privat firma som jobber med en prototype som ev skal prøves ut ved tre avdelinger ved UNN Tromsø. Hatt telefonsamtale med en av utviklerne, og et teams møte med rådgiver ved Ehelse, samhandling og innovasjonssenter ved UNN Ønsker å sitte til prosjektet er ferdig.
42	Klart språk brev UNN	Kirsti Baardsen	Kontaktperson: Meline K Einarsen EPJ/Trine Lise Hansen Skjer ingenting. Innspill fra Mildrid – går det an å ta med at man ikke bruker parfyme.
43	Revisjon av prosedyrer for tekniske hjelpemidler	Kirsti Baardsen	(Tony Andre Berntsen) Kirsti har sendt innspill.

Vedtak Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet

følger opp der det er aktuelt. De enkelte representantene følger opp sine prosjekt.

BU-21/22

Referatsaker

Følgende vedlegg fremlegges:

1. Årsrapport fra Ungdomsrådet UNN 2021
2. Referat fra møte i Sykehusapoteket Nord, 06.12.2021
3. Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 18.02.2022
4. Referat fra møter i BU Nordlandssykehuset, 16.03.2022
5. Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 17.03.2022
6. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, 07.03., 10.03. og 04.04.2022
7. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, 01.03. og 05.04.2022
8. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 07.04.2022

Vedtak

Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-22/22

Eventuelt

1. Godkjenning av arealendring – A1-608

Brukerutvalget har mottatt henvendelse fra Rune Hanssen ved Drifts- og eiendomssenteret. De trenger godkjenning fra Brukerutvalget av en arealendring - rom A1-608. Rommet brukes i dag som venterom for pasienter som skal hjem med buss/taxi. Det er tenkt at sykehusvertene skal få disponere rommet som pauserom o.l.

Vedtak

Brukerutvalget ser med stor velvilje på frivillighetens tilstedeværelse i UNN. Omdisping av rom til frivillige må ses i sammenheng med det totale ombyggingsprosjektet i vestibylen.

Det er behov for at dette arealet fortsatt benyttes til pasienter som venter på hjemreise.

Kirsti Baardsen (sign.)
leder

Hilde A Johannessen(sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 25.05.2022. Kopi til:

- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Sissel Eidhammer, Nordlandssykehuset
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø

- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Bård Forsdahl
- Lærings- og mestringssenteret, UNN v/ Marita Pedersen
- Kreftforeningen v/ Wenche P Kjølås
- Ungdomsrådet UNN v/ Elisabeth Warvik



MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Onsdag 25.05.2022 kl 09.00-14.30

Møtested: UNN Breivika - møterom D1-707

Tilstede: **Medlemmer:** Terje Olsen (leder), Nina Nedrejord, Ulf J Bergstrøm, Ingolf Kvandahl, Nina Benjaminsen, Lisbeth Dyrstad, Thomas Engelskjøn, Margrethe Larsen, Trond Arhur Pedersen (*digitalt*), Kirsti Baardsen
Ole-Marius Minde-Johnsen 4. vara, og Nina Rossing 5. vara deltok som observatører

Forfall: Esben Haldorsen, Sidsel Haldorsen, Gudmund R Johansen

Fra adm.: Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen
Administrasjonskonsulent Hilde A. Johannessen (referent)

Saksliste

BU-23/22 **Godkjenning av innkalling og saksliste**
Innkalling og saksliste ble gjennomgått.

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste.

BU-24/22 **Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 27.04.2022**
Referatet er gjennomgått.

Vedtak Referatet ble godkjent.

BU-25/22 **Samvalg**
Rådgiver Elisabeth Sundkvist og prosjektmedarbeider Mirjam Lauritzen ved Samvalgssenteret orienterte.
Utfordringen ved UNN er implementering.
Brukerutvalget kan bidra med å :

- Etterspørre samvalgsarbeidet i de klinikkene og foraene
- Informere medlemmene i pasient- og brukerorganisasjonene om Samvalg

Film om Samvalg som kan være nyttig å se:

<https://www.helsenorge.no/samvalg/>

Brukerutvalget oppfordres til å ta Lynkurs i Samvalg:

https://rise.articulate.com/share/sBtm_r3F5kMXCl8Qazzk-vKQGQq7KBGc#/

Brukerutvalget mener at det er viktig at informasjon om Samvalg er kjent hos fastlegen, da dette er første instans med pasienten. Også viktig med enhetlig informasjon.

Vedtak: Brukerutvalget takker for informasjon om Samvalg. Brukerutvalget vil understreke at pårørende automatisk kobles inn der det kan være aktuelt, for eksempel ved kognitiv svikt. Brukerutvalget ønsker videre informasjon og deltakelse i implementering av Samvalg.

BU-26A/22 Kontinuerlig forbedring – hvem, hva og hvor?

Leder ved Kontinuerlig forbedring Hege Andersen orienterte. Hun hadde med seg to praksisstudenter fra UiT som observatører.

Kontinuerlig forbedring har tre hovedoppgaver :

- **Engasjert: UNN Brukerbank** – brukermedvirkning på tjenestenivå
- <https://unn.no/kontinuerlig-forbedring/engasjert-unn-brukerbank>
- **Arbeidsmiljø**
- **Forslag til forbedring i UNN** - Forbedringspoliklinikken

Vedtak Brukerutvalget takker for informasjon om Kontinuerlig forbedring. Brukerutvalget anser arbeidet med kontinuerlig forbedring å være av stor betydning for pasientsikkerhet og kvalitet i UNN.

BU 26B/22 Postdoc – søknad PhD

Hege Andersen orienterte. Hun ønsker en brukerrepresentant på systemnivå i arbeidet med søknad til dette prosjektet. Henvendelse sendes til BAU. Brukerutvalget kom med flere innspill i forbindelse med formidling av informasjon i UNN.

Vedtak Brukerutvalget ser svært positivt på at det igangsettes et forskningsprosjekt på gjennomføringskraft i UNN.

BU-27/22 Direktørens time

Fungerende administrerende direktør Einar Bugge svarte på følgende:

- *Direktøren i Helse Nord RHF har snakket om å eskalere ned Åsgårdprosjektet. Hvordan stiller UNN seg til det?*
UNN har ikke fått pålegg om nedskalering, men har fått bestilling på å gjøre utbyggingen mindre kostbar. Styringsgruppen arbeider med å se

på om mer av den gamle bygningsmassen kan brukes, slik at det bygges mindre nytt. Dette skal likevel ikke gå ut over kvaliteten.

- *Det vises til sak om helikopternekt pga feil belysning ved landing på UNN. Er dette ordnet?*
Det er strenge krav til landingslys for helikoptre, og tilsynet etter påske avdekket at det var for mange landingslys som ikke virket. Lysene ble ordnet og godkjent på noen dager. Mangelen på landingslys fikk ingen følger.
- *Regjeringen vurderer å endre på Ambulanseberedskapen. Blant annet slik at kun en av de to ansatte i ambulansen skal være kvalifisert til å kjøre bilen. Er dette riktig?*
I dag er forskriften slik at begge som sitter i ambulans bilen skal ha førerkort og kompetansebevis for utrykningskjøretøy. Dette gir utfordringer i forbindelse med ferieavvikling og vikariat. Forslaget om endring går ut på at begge som sitter i ambulans bilen skal ha førerkort, og minst en skal ha kompetansebevis for utrykningskjøring. Det er ikke kommet noen tilbakemeldinger på at dette er et problem.
- *I Alta har det vært oppstyr rundt hjemmevaktordning. Er det noe av dette på UNN?*
Ved UNN er det ønske om tilstedevakt ved noen lokalisasjoner som i dag har hjemmevaktordning. Dette gjelder stasjoner med veldig liten aktivitet.
- *Regjeringen har i Oppdragsdokument (OD) 2022 gitt Helse Sør-Øst i oppdrag å følge tiltak i Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser. Er UNN blitt kontaktet i forhold til oppfølgingen av strategiarbeidet?*
Det har ikke kommet noen henvendelser i dette arbeidet, og UNN venter på svar fra Helse Sør-Øst RHF. Leder i Brukerutvalget vil etterlyse status i arbeidet i brukerorganisasjonen og med RBU.

Vedtak: Brukerutvalget viser til direktørens informasjon og er fornøyd med at de fleste aktuelle temaer håndteres tilfredsstillende.

Når det gjelder Nye Åsgård ber Brukerutvalget om å bli orientert om prosessen videre i gjennomføringen, og er spesielt opptatt av at reduksjon i kostnader ikke skal forringe det faglige tilbudet.

Brukerutvalget er opptatt av at *Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser* blir en reell forbedring av tilbudet, og ikke forvitres.

Brukerutvalget er opptatt av at også Nyfødt intensiv blir utbygd, men at det ikke går på bekostning av Åsgård.

Brukerutvalget ber om at pasientene sikres et forsvarlig behandlingstilbud i forbindelse med sommerferieavviklingen.

BU-28/22

“Ikke stikk meg uten grunn” - orientering

Avdelingsleder ved Klinisk utdanningsavdeling, Heidi Høifødt, og lege Anette Michaelsen fra LIS 2 orienterte.

Gjennom prosjektet Kloke valg skal overbehandling i form av blant annet unødvendige blodprøver reduseres ved UNN. Et prosjekt er gjennomført på barneavdelinga under navnet "Ikke stikk meg uten grunn".

Blant annet er unødvendige blodprøver som hang igjen fra gammelt av, tatt bort, og det er foretatt justering av analysepakker.

Vedtak:

Brukerutvalget viser til informasjon om prosjektet «Ikke stikk meg uten grunn» og er fornøyd med at det i større grad er bevisstgjøring rundt blodprøvetaking. Brukerutvalget ber om at prosjektet involverer en representant fra Brukerbanken.

BU-29/22

Brukerstyrt klinisk oppfølging - orientering

Prosjektleder ved E-helse og IKT, Lars Tunby orienterte om prosjektet behovsstyrt poliklinisk behandling.

På UNN sin nettside <https://unn.no/behandlinger/digital-egenregistrering-fysisk-helse> kan pasienten gjøre en egenregistrering for fysisk helse. Informasjonsvideo ligger på siden.

Det arbeides med egenregistrering også for psykisk helse.

Prosjektet ønsker tilbakemelding fra Brukerutvalget om hvilke behov og informasjon om brukerstyrt poliklinisk oppfølging som er viktig for pasientene.

Brukerutvalget mener det må arbeides med å få et system som er likt for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Registreringen krever pålogging med bankID, men det er ikke alle som kan logge seg på med dette. Finnmarkssykehuset tilbyr bistand til pålogging for disse.

Vedtak:

Brukerutvalget takker for informasjonen og tar saken til orientering.

BU-30/22

Sykehusapotek Nord 2022-2024 – oppnevning av representant

Saken ble behandlet under sak 31/22 – nr 5.

BU-31/22

Orienteringssaker

BU-31/22-1

Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper

	Aktivitet/Prosjekt	Ansvarlig 2022-2024	Status/ merknader
1	Styret ved UNN	Terje Olsen Esben Haldorsen vara	Ordinære styresaker til behandling.
2	Kvalitetsutvalget i UNN	Ingolf Kvandahl Lisbeth Dyrstad vara	
3	Prostatasenteret ved UNN	Ulf J Bergstrøm Gudmund R Johansen vara	Tore Knutsen. Prosjektet fortsetter.
4	Strategisk Samarbeidsorgan - SSU (Tidligere OSO - Overordnet Samarbeidsorgan)	Terje Olsen Esben Haldorsen vara	Sekretariatsleder oppnevnes. God strukturert. Møte 07.04.2022
5	Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Lisbeth Dyrstad vara	Ny strategi, ligger på www.SANO.no . Ny direktør.
6	Parkeringsutvalget	Thomas Engelskjøn Nina Benjaminsen vara	
7	Stormottakersatsingen Referansegruppe for stormottakerprosjektet En referansegruppe for Helsefellesskapet Troms og Ofoten er utpekt: Ulf Bergstrøm og Merethe Saga Lønnum (vara), Brukerutvalget UNN Delprosjekt D: Pasientsentrerte helsetjenester, team og metodikk	Ulf J Bergstrøm Nina Benjaminsen vara Margrethe Larsen vara Ulf J Bergstrøm Nina Benjaminsen vara Margrethe Larsen vara Ulf J Bergstrøm Nina Benjaminsen vara Margrethe Larsen vara	Per Erlend Hasvold Ulf vært i møte med Pasientsentrert helsetj.team.
8	Nye UNN Narvik	<u>Styringsgruppe:</u> Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara <u>Prosjektgruppe:</u> Anita Fjellfoss, Narvik <u>Brukerrepresentanter:</u> Esben Haldorsen Cathrin Carlyle Marit Myklevoll	BU fått orientering 23.02.2022.
9	Kvam utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Nina Nedrejord Thomas Engelskjøn vara	Klinikksjef Jon Mathisen
10	Kvam utvalg Diagnostisk klinikk	Margrethe Larsen Nina Benjaminsen vara	Klinikksjef Kate Myreng/ Bente Aune.
11	Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken	Ingolf Kvandahl Gudmund R Johansen vara	Klinikksjef Kristian Bartnes
12	Kvam utvalg NOR klinikken	Lisbeth Dyrstad Sidsel Haldorsen vara SPØR HENNE	Klinikksjef Bjørn Yngvar Nordvåg (Toril D Nilsen) Skal innføre "Brukerrepresentantens 5 minutter" som fast post på hvert møte. Jobbe med å sette opp et org.kart over klinikken og oversikt over forkortelser samt ledere, en hjelp til BU-repr. Neste møte 09.06.2022 kl 14-15.

13	Kvam utvalg Psykiatri- og rusklinikken	Nina Nedrejord Nina Benjaminsen vara	Klinikksjef Eirik Stellander.
14	Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken	Margrethe Larsen Kirsti Baardsen vara	Klinikksjef Eva-Hanne Hansen 10 minutter til brukerstemmen i hvert møte.
15	Kvam utvalg Barne- og ungdomsklinikken	Ungdomsrådet Nina Nedrejord vara	Kst. klinikksjef Marianne Nordhov
16	Kvam utvalg Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken	Ulf J Bergstrøm Terje Olsen vara	Kst. klinikksjef Fredrik Sund. Kontaktperson Merete Andreassen.
17	Kvam utvalg Medisinsk klinikk	Margrethe Larsen Thomas Engelskjøn vara	Klinikksjef David Johansen
18	Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Kirsti Baardsen Lisbeth Dyrstad vara	Pasientverter godt synlig.
19	Helse I Arbeid	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	Dato for møte 21.02.2022.
20	Etablering av robotassistert PCI	Thomas Engelskjøn	Kristian Bartnes.
21	Klinisk etisk komite	Kirsti Baardsen Terje Olsen vara	
22	Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Martin Moe	Neste møte 30/5. (Denne gruppa er viktig og de bør presentere seg for BU) -Hjemmebehandling i en pandemi og postpandemi -systemer som bør og må snakke sammen -personvern (hva er viktigst, behandling eller personvern)
23	Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K	Kirsti Baardsen (arbeidsutvalget) Gudmund R Johansen (styringsgruppe K3K) Terje Olsen (styringsgruppe NOR)	
24	Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø – konseptfase – observatør til overordnet medvirkningsgruppe Samme som nr 35. Nr 35: Observatør til overordnet medvirknings-gruppe OU prosjekt: Nye arealer psykisk helse og rus	Nina Benjaminsen Margrethe Larsen	Tor-Arne Hanssen.
25	FSU Akuttmedisinsk Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling (FSU Akuttmedisin) er en del av Helsefellesskapet Troms og Ofoten. FSU Akuttmedisin etableres som en del av regjeringens og Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023s mål om «å styrke kompetanse, innsikt og forståelse, samarbeid og samhandling	Ulf J Bergstrøm	Ulf har møtt. 05.04.2022. Et meget godt møte hvor BU-repr. ble godt ivaretatt. Mads Gilbert hadde presentasjon, og ved flere anledninger info rettet direkte mot BU-repr. i faguttrykk.

	<p>og sikre god ressursutnyttelse i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus».</p> <p>Samarbeidsutvalget skal blant annet diskutere, avklare og være pådriver for aktuelle saker og problemstillinger relevant for akuttmedisinsk samhandling mellom berørte nivåer og faggrupper.</p> <p>FSU Akuttmedisin rapporterer til Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Strategisk samarbeidsutvalg har gitt FSU-et et mandat som beskriver utvalgets oppdrag. For mer informasjon om oppdraget, se mandat.</p>		
26	<p>FSU Rekruttering og stabilisering</p> <p>Faglig samarbeidsutvalg for rekruttering og stabilisering av helsepersonell er opprettet på bakgrunn av føringene som framkommer i Ishavserklæringen om felles innsats for å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse i alle ledd av helsetjenesten. Utvalget er sammensatt av representanter fra samarbeidspartnerne i Helsefelleskapet Troms og Ofoten. Kommunenes medlemmer fordeler seg på de ulike kommuneregionene. UNN sine medlemmer kommer fra ulike lokalisasjoner og klinikker. Brukerne, fastlegene og ansatte er representert.</p> <p>Utdanningsinstitusjonene er også invitert inn da samarbeidet med disse anses som svært viktig. Strategisk samarbeidsutvalg har gitt FSU-et et mandat som beskriver utvalgets oppdrag.</p>	Terje Olsen	Gøril Bertheussen. To digitale møter og fysisk møte 04.05.2022.
27	<p>FSU Fastlegerådet</p> <p>Fagråd for fastleger (Fastlegerådet) er opprettet av OSO (Overordnet samarbeidsorgan Troms og Ofoten) for å skape en møteplass for fastlegene som gruppe og helseforetaket. I Helsefelleskapet Troms og Ofoten videreføres Fastlegerådet som et faglig samarbeidsutvalg for legetjenesten. Utvalget består av en fastlege fra henholdsvis kommuneregionene Nord-, Midt- og Sør-Troms, og Tromsø-området, samt en fastlege fra hver av vertskommunene for sykehusene. Fra UNN deltar medisinsk fagsjef, representanter fra ulike klinikker og PKO-leder (leder praksiskonsulentene), samt seksjonsleder og/eller rådgiver fra Samhandlingsseksjonen. Rådet har vært aktivt siden 2016, og behandler saker innenfor samhandlingsfeltet.</p>	Ingolf Kvandahl Lisbeth Dyrstad vara	Oppstart 19.01.2022 Ikke mottatt innkalling.
28	<p>Prehospitalt sepsisregister og forskningsprosjekt</p>	Nina Nedrejord Ulf J Bergstrøm vara	Fortsatt ikke hørt noe.
29	<p>Forskningsutvalg NOR</p>	Lisbeth Dyrstad	Presentasjon av ulike planlagte forskningsprosjekter i NOR-klinikken.

			Neste møte 07.09.- gj.gang av søknader til forskningsprosjekter som skal sendes Helse Nord.
30	Forskningsprosjekt Kunstig intelligens	Ulf J Bergstrøm	
31	Referansegruppe til Prosjekt Brukerbanken	Nina Nedrejord Kirsti Baardsen vara	Brukerbanken har fått navnet Engasjert. Går sin gang.
32	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Bemanning/kompetanse	Sidsel Haldorsen?	Gøril Bertheussen.
33	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Akuttmottak	Thomas Engeskjøn	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021. Har vært avholdt tre møter. Fire temaer har vært drøftet i arbeidsgruppa: Ledelse, Organisering, Bemanning og Areal. Rapport fra arbeidet antatt å være ferdig i uke 21.
34	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Utvikling av tilbud til skrøpelige eldre og pasienter m fl kroniske sykdommer	Målfrid Ovanger	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 Ikke svart noe.
35	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Utvikling av tilbud til voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer	Nina Benjaminsen	Kontaktinformasjon sendt Einar Bugge 10.11.2021 (og Heidi Vik 09.12.21) vært på 2 møter.
36	Utviklingsplan UNN 2020-2038: Arbeidsgruppe Overordnet	Merethe Saga Lønnum	Prosjektet varer til september 2022. Merethe fortsetter til da.
37	Regionalt prosjekt for digitale pasienttjenester - brukerpanel	Thomas Engeskjøn	Markus Rumpsfeld Har vært avholdt ett møte, der ulike funksjoner i digitale pasienttjenester ble vurdert. Eksempel digital journal, pasientreiser online, timeavtaler.
38	SSU: Revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtaler for Helsefelleskapet Troms og Ofoten	Ulf J Bergstrøm Kirsti Baardsen vara	Ikke hørt noe.
39	Utprøvningsprosjekt: Hjelpemiddel Dolley	Merethe Krohn	Privat firma som jobber med en prototype som ev skal prøves ut ved tre avdelinger ved UNN Tromsø. Hatt telefonsamtale med en av utviklerne, og et teams møte med rådgiver ved Ehelse, samhandling og innovasjonssenter ved UNN Ønsker å sitte til prosjektet er ferdig.
40	Revisjon av prosedyrer for tekniske hjelpemidler	Kirsti Baardsen	(Tony Andre Berntsen) Kirsti har sendt innspill.

Vedtak

Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet

følger opp der det er aktuelt. De enkelte representantene følger opp sine prosjekt.

BU-32/22

Referatsaker

Følgende vedlegg fremlegges:

1. Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 20.04.2022
2. Referat fra møter i BU Nordlandssykehuset, 20.04.2022
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, 03.05.2022
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, 09.05.2022

Det ble foreslått at BAU-referatene blir sendt Brukerutvalget med en gang det er ferdig, og ikke vente til neste møte i Brukerutvalget.

Vedtak

Brukerutvalget tar referatsakene til orientering. BAU-referatene vil heretter sendt til Brukerutvalget så snart de er godkjent.

BU-33/22

Eventuelt

1. Godkjenning av arealendring – A1-608 (tidligere BU 22/22)

Brukerutvalget har fått tilbakemelding fra Drifts- og eiendomssenteret, der de opplyser at det kun er deler av rom A1-608 som er tenkt til de frivillige/ sykehusvertene. Tegning er forevist Brukerutvalget.

Vedtak

Brukerutvalget viser til sak *BU-22/22 Godkjenning av arealendring – A1-608*, behandlet i Brukerutvalgets møte 27.04.2022, og opprettholder vedtaket.

2. Arbeidsgruppe – Samisk kompetansegruppe – brukerrepresentant

Nina Nedrejord har blitt forespurt om å delta i ovennevnte kompetansegruppe.

Vedtak

Nina Nedrejord stiller som representant og Ingolf Kvandahl ble valgt som vararepresentant.

3. Brukerkonferansen 2022

Saken behandles i BAU 30.05.2022.

- Grensegang mellom sykehusets brukerutvalg og regionalt brukerutvalg.
Ansvarsområdet til disse to

Vedtak

Brukerutvalgets arbeidsutvalg behandler saken i sitt møte 30.05.2022. Eventuelle innspill sendes Hilde A Johannessen i forkant av møtet.

4. Evaluering

Det var enighet om at møtet var veldig interessant og det er mye å lære, både for de nye og også for de som har vært her en stund.

Det er ønskelig med flere pauser gjennom møtedagen.

Utvalget virker som å være et aktivt utvalg, og det er positivt.

Terje Olsen (sign.)
leder

Hilde A Johannessen(sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 28.09.2022.

Kopi til:

- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Sissel Eidhammer, Nordlandssykehuset
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Bård Forsdahl
- Lærings- og mestringssenteret, UNN v/ Marita Pedersen
- Kreftforeningen v/ Wenche P Kjølås
- Ungdomsrådet UNN v/ Elisabeth Warvik



Referat møte i Brukerutvalget 24. august 2022

Sted: Nordlandssykehuset Vesterålen

Tid: 12.00 til 16.00

Lenke til sakspapirer: [Her](#)



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Paul Daljord – leder	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X	
Gunn Strand Hutchinson – nestleder	SAFO – Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner	X	
Ole André Korneliussen	Mental Helse	X	
Anja Pettersen, vara	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X	
Gunn Varberg Blandford	Kreftforeningen	X	
Wiggo Nilsen	Nordland fylkes eldreråd		X
Linn Christin Sørtorp	RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	X	
Anna-Emilie Langås Vadnem	Samisk representant	X	
Danielle Johanna Hansen	Ungdomsrådet	X	
Fra Nordlandssykehuset:			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/sekretær	X	
Gro-Marith Karlsen	Klinikksjef Medisinsk klinikk	X	
Geir Brokstad	Avdelingsleder kirurgisk klinikk Vesterålen	Sak 070/2022	
Trine Holmvåg	Prosjektleder Helseinnovasjonsuka	Sak 071/2022	
Marit Barosen	Økonomisjef	Sak 072/2022	
Terje Svendsen	Kvalitetsleder	Sak 073/2022	
Tonje Elisabeth Hansen	Fagdirektør	Sak 074/2022	
Tone Johnsen	Avdelingsleder habilitering og rehabilitering	Sak 076/2022	

Saksliste:

068/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
069/2022	Godkjenning av referat møte 08. juni
070/2022	Velkommen til Nordlandssykehuset Vesterålen
071/2022	Informasjon Helseinnovasjonsuka
072/2022	Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset
073/2022	Resultater for Nordlandssykehuset etter nasjonal undersøkelse 2021 (PasOpp)
074/2022	Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan 2022 til 2025
075/2022	Kartlegging frivillighet Nordlandssykehuset
076/2022	Rehabiliteringstilbudet Nordlandssykehuset
077/2022	Oppnevninger
078/2022	Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset
079/2022	Klinikkjef orienterer om aktuelle saker
080/2022	Ungdomsrådets leder orienterer om ungdomsrådets arbeid
081/2022	Møteplan Brukerutvalget 2023
082/2022	Referatsaker/Eventuelt/Innspill til saker

Saksnr.	Saksfremstilling
068/2022	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
069/2022	<p>Godkjenning av referat møte 08. juni</p> <p>Vedtak: Referatet fra møtet godkjennes.</p>
070/2022	<p>Velkommen til Nordlandssykehuset Vesterålen</p> <p>Presentasjon av Nordlandssykehuset Vesterålen ved Geir Brokstad, avdelingsleder kirurgisk klinikk Vesterålen.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for presentasjonen.</p>
071/2022	<p>Informasjon Helseinnovasjonsuka</p> <p>Spørsmål til Brukerutvalget:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sofaprat om fremtidens helsetjenester 26. september kl. 19:00 til 20:30. Her deltar Marie i panelet. Vi ønsker å ha med flere bruker-stemmer i salen som tar ordet og stiller spørsmål og løfter ulike brukerperspektiver. Er det noen i Brukerutvalget som kan delta? Workshop med tema samskaping av digitale helsetjenester 27. september kl. 09:00 til 15:45. I workshopen er det satt av noen plasser for brukere, og dersom noen av Brukerutvalget/ Ungdomsrådet har lyst og anledning har vi <i>5 plasser</i> tilgjengelig for det. Vi må sende inn navn og antall innen <u>29. august</u>. <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> Brukerutvalget takker for informasjonen. Gunn Strand Hutchinson, Linn Christin Sørtorp og Kitt-Anne Hansen deltar på sofapraten den 26. september og forbereder et innlegg eller spørsmål som tas opp. Marie Dahlskjær, Gunn Strand Hutchinson, Ole André Korneliussen, Linn Christin Sørtorp og en representant fra Ungdomsrådet deltar på workshopen den 27. september.

072/2022	<p>Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapporten oppsummerer forhold ved driften av Nordlandssykehuset. • Lenke til side med ordforklaringer her. <p>Kort presentasjon ved Marit Barosen av virksomhetsrapportene for juni og juli 2022, og svar på spørsmålene som kom fram i møtet.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalget ser med bekymring på de krav som stilles til sykehusene, samtidig som det også er krav om økonomiske innsparinger. Vi ser at dette trolig går ut over pasienttilbudet til pasienter og pårørende. 3. Brukerutvalget ser med bekymring på økningen i ventetid for barn og unge innenfor habilitering og psykisk helsevern for barn og unge.
073/2022	<p>Resultater for Nordlandssykehuset etter nasjonal undersøkelse 2021 (PasOpp)</p> <p>Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2021. Rapportene viser resultatene fra spørreundersøkelse som måler pasienters og pårørendes erfaringer. Disse gjennomføres årlig.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget ser at Nordlandssykehuset HF, i likhet med sykehus i andre regioner, skårer lavest på utskriving. Oppmerksomhet bør rettes til praksis ved utskriving og hva som kan forbedres. 2. Brukerutvalget etterlyser fortsatt at rehabiliteringsavdelinger, barneavdelinger, samt fødsels- og barselavdelinger inkluderes i undersøkelsen.
074/2022	<p>Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan</p> <p>Kort orientering ved Fagdirektør Tonje Elisabeth Hansen om arbeidet med Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalget er tilfreds med involveringen i arbeidet så langt.
075/2022	<p>Kartlegging frivillighet Nordlandssykehuset</p> <p>Fra Oppdragsdokumentet 2022: <i>I samarbeid med brukerutvalget og ungdomsrådet kartlegge og forbedre samarbeid med frivillige organisasjoner.</i></p> <p>Vedtak:</p> <p>Brukerutvalget har følgende innspill til rapporten:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det bør ikke være en forutsetning å tilhøre en brukerorganisasjon for å kunne være frivillig på Nordlandssykehuset HF. 2. Kan oppgavene til de frivillige på pasient- og pårørendetorget utvides til å for eksempel også gjelde enkle praktiske oppgaver? 3. Er ofte en utfordring å rekruttere ungdom, kan man rekruttere via aktuelle helseutdanninger? 4. Det bør komme på plass et bedre system for å distribuere informasjon til aktuelle pasienter om likepersonsarbeidet i de aktuelle pasientorganisasjonene. 5. Se på tilbudet som allerede eksisterer, for eksempel Røde Kors.
--	---

076/2022	<p>Rehabiliteringstilbudet Nordlandssykehuset</p> <p>Spørsmål fra brukerutvalget: <i>Hvordan er rehabiliteringstilbudet ved Nordlandssykehuset. Hvilke tilbud har vi? Hvordan er situasjonen sammenlignet med andre helseforetak?</i></p> <p>Innledning ved Tone Johnsen, Avdelingsleder habilitering og rehabilitering.</p> <p>Omvisning på døgnrehabiliteringsenheten i Vesterålen, de kliniske servicefunksjonene og ambulante Rehabilitering og Habiliteringsteamet.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for orienteringen.</p>
----------	--

077/2022	<p>Oppnevninger</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Prosjekt</th> <th>Brukerrepresentant</th> <th>Kontaktperson</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1. Arbeid med å lage en klinikkovergripende prosedyre for ivaretagelse av pasienter og pårørende ved alvorlige hendelser som beskriver rettighetene til pasient/pårørende og krav til Nordlandssykehuset. 2 til 3 møter, ferdigstilles til høsten. Første møte er allerede 25. august kl. 14.00 til 15.00, digitalt. </td> <td>Arbeidsutvalgets forslag: Gunn Strand Hutchinson</td> <td></td> </tr> <tr> <td> 2. Arbeidsgruppe for planlegging innhold Dialog- og partnerskapsmøtet. Dette er helsefelleskapets øverste styringsorgan. </td> <td>Arbeidsutvalgets forslag: Marie Dahlskjær Vara: Ole André Korneliussen</td> <td></td> </tr> <tr> <td> 3. Tromboinflammasjon ved CVVHDF på intensiv. Alle former for nyreerstattende behandling (dialyse) gir betennelse og å redusere dette er et fokusområde i forskning. Forventet arbeidsmengde: 1 møte og lesing av prosjektbeskrivelse med vurdering og innspill </td> <td>Forespørsel sendt til Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte Nordland fylkeslag</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson	1. Arbeid med å lage en klinikkovergripende prosedyre for ivaretagelse av pasienter og pårørende ved alvorlige hendelser som beskriver rettighetene til pasient/pårørende og krav til Nordlandssykehuset. 2 til 3 møter, ferdigstilles til høsten. Første møte er allerede 25. august kl. 14.00 til 15.00, digitalt.	Arbeidsutvalgets forslag: Gunn Strand Hutchinson		2. Arbeidsgruppe for planlegging innhold Dialog- og partnerskapsmøtet. Dette er helsefelleskapets øverste styringsorgan.	Arbeidsutvalgets forslag: Marie Dahlskjær Vara: Ole André Korneliussen		3. Tromboinflammasjon ved CVVHDF på intensiv. Alle former for nyreerstattende behandling (dialyse) gir betennelse og å redusere dette er et fokusområde i forskning. Forventet arbeidsmengde: 1 møte og lesing av prosjektbeskrivelse med vurdering og innspill	Forespørsel sendt til Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte Nordland fylkeslag	
Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson											
1. Arbeid med å lage en klinikkovergripende prosedyre for ivaretagelse av pasienter og pårørende ved alvorlige hendelser som beskriver rettighetene til pasient/pårørende og krav til Nordlandssykehuset. 2 til 3 møter, ferdigstilles til høsten. Første møte er allerede 25. august kl. 14.00 til 15.00, digitalt.	Arbeidsutvalgets forslag: Gunn Strand Hutchinson												
2. Arbeidsgruppe for planlegging innhold Dialog- og partnerskapsmøtet. Dette er helsefelleskapets øverste styringsorgan.	Arbeidsutvalgets forslag: Marie Dahlskjær Vara: Ole André Korneliussen												
3. Tromboinflammasjon ved CVVHDF på intensiv. Alle former for nyreerstattende behandling (dialyse) gir betennelse og å redusere dette er et fokusområde i forskning. Forventet arbeidsmengde: 1 møte og lesing av prosjektbeskrivelse med vurdering og innspill	Forespørsel sendt til Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte Nordland fylkeslag												

	før 01.09.22. Etter dette, årlig møte med vurdering av vinkling i prosjektet		
	<p>4. Helseinnovasjonsuka:</p> <ul style="list-style-type: none"> Under Helseinnovasjonsuka 2022 som arrangeres i Bodø av Inovacare skal det tirsdag 27. september kl. 09:00 til 15:45 være en workshop med tema samskaping av digitale helsetjenester. I workshopen er det satt av noen plasser for brukere, og dersom noen av Brukerutvalget/ Ungdomsrådet har lyst og anledning har vi 5 plasser tilgjengelig for det. Vi må sende inn navn og antall innen 29. august. Her er mer info om workshopen: https://www.inovacare.no/program/workshop Sofapraten om fremtidens helsetjenester 26. september kl. 19:00 til 20:30 hvor Marie deltar i panelet. Vi ser at vi ønsker å ha med flere brukerstemmer i salen som tar ordet og stiller spørsmål og løfter ulike brukerperspektiver. Er det noen i Brukerutvalget som kan delta? 	<p>Marie Dahlskjær, Gunn Strand Hutchinson, Ole André Korneliussen, Linn Christin Sørtorp og en representant fra Ungdomsrådet deltar på workshopen den 27. september</p> <p>Gunn Strand Hutchinson, Linn Christin Sørtorp og Kitt-Anne Hansen deltar på sofapraten den 26. september</p>	
	<p>5. Kirurgisk telementoring - Et samarbeid om pasientbehandling på operasjonsstua på tvers av sykehus- og foretaksgrenser</p>	<p>Johnny Bakken, Sortland</p> <p>Kontaktperson: Paul Daljord</p>	

Vedtak:

Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentanter slik det fremkommer av tabell.

078/2022	Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset		
	Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Status
	1. Representant styret Nordlandssykehuset	Paul Daljord	Styremøte i juni: Mest fokus på økonomi, Nordlandssykehuset ligger innenfor kravet om å redusere

			pasientskader (Oppdragsdokumentet)
2. Strategisk samarbeidsutvalg Helsefelleskap	Gunn Strand Hutchinson, <i>vara: Leder av Ungdomsrådet, Danielle Johanna Hansen</i>		Gjennomført møte før sommeren. Ønskelig med innspill til handlingsplan for Helsefelleskapet knyttet til spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning Legge inn et nytt kulepunkt om kommunikasjon under « Samhandling om helhetlige pasientforløp »
3. Klinisk Etisk Komite (KEK)	Kitt-Anne Hansen kitt-anne.hansen@rio.no vara: Helge Jenssen jenssen.helge@gmail.com	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regional konferanse i juni på Kjærringøy. Svært positivt. ▪ Nytt prosjekt for å se på tjenesten ▪ Undervisning for leger i spesialisering 	Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
4. Driftsrådet til pasient- og pårørendetorget	Linn Christin Sørtorp, vara: Viktor Torrisen		
5. Forskningsutvalget Nordlandssykehuset	Helge Jensen Jenssen.helge@gmail.com		Arbeidet er nå i gang. Kontaktperson: Paul Daljord
6. Prosjekt SamStrømming: Samhandlingsprosjekt e-konsultasjon mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset	Helge Jenssen Jenssen.helge@gmail.com		Har hatt et møte 31. mai. Har sendt et referat fra dette møtet. Kort handler dette om samhandling i akutt-situasjoner mellom Nordlandssykehuset og kommunene. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson

<p>7. Medlem av styret i Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Lofoten</p>	<p>Ivar Martin Nordgård ivar.martin.nordgard@ofotkraft.net</p>	<p>Ingenting nytt siden sist. Kontaktperson: Ole Andre Korneliussen</p>
<p>8. HelseArbeid poliklinikken</p>	<p>Sarah Isabel Corneliussen Dahl Sarah_isabel_87@hotmail.com</p>	<p>Prosjektleder gir en skriftlig orientering. Kontaktperson: Wiggo Nilsen</p>
<p>9. Kurs brukermedvirkning</p>	<p>Carl Eliassen Carl@marborg.no</p>	<p>Blir kurs 29. september. Fullt.</p>
<p>10. KlinReg-prosjektet "Likeverdige helsetjenester - uansett hvor du bor?"</p>	<p>Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no</p>	<p>Ikke noe nytt siden sist. Kontaktperson: Anna-Emilie Langås Vadnem</p>
<p>11. «Prehospital minutes count during a stroke. Factors associated with prehospital delays with data from various regions in Norway and one region in Switzerland»</p>	<p>Paul Amundsen paamundsen@hotmail.com</p>	<p>Prosjekt i avslutningsfasen. Kontaktperson: Wiggo Nilsen</p>
<p>12. Multifamilieterapi i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos unge, voksne kvinner</p>	<p>Ragni Adelsten Stokland ragnias@gmail.com 957 30 732</p>	<p>Ingenting nytt å melde Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp</p>
<p>13. Unge kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser - foreldre og søskens erfaringer.</p>	<p>Ragni Adelsten Stokland ragnias@gmail.com 957 30 732 Telefonnummer: 957 30 732</p>	<p>Ingenting nytt å melde Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp</p>
<p>14. Tannhelse, kosthold inflammasjon og biomarkører ved akutt intermitterende porfyri</p>	<p>Merete Johansen Merejo2@outlook.com</p>	<p>Ingenting nytt i prosjektet siden sist. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>

<p>15. Innovative Physiotherapy and Coordinatoen of Care for people with MS: A Randomized Controlled Trial and a Qualitative Study</p>	<p>Tone Elvevoll toneelvevoll@hotmail.com) og Marianne Elvik marianne.elvik@gmail.com</p>	<p>Ikke noe nytt siden sist Prosjekt om fysisk trening med MS. Kontaktperson: Ole André Korneliussen</p>
<p>16. PhD prosjekt om måling av pasientskader som følge av kreftbehandling</p>	<p>Gerd Karin Bjørhovde gerd.bjorhovde@uit.no</p>	<p>Prosjektleder Siv Gyda Aanes i permisjon fram til nyåret 2023. Prosjektet startes opp da. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
<p>17. Etablering av arena for substitusjonsbehandling for opioidavhengige i Bodø</p>	<p>Styringsgruppen: Linn Christin Sørtorp Carl Eliassen Arbeidsgruppen: Espen Akerborg espenjo83@gmail.com Daniel Johansen danieltorbergsenjohansen@gmail.com</p>	<p>Arbeid godt i gang. Utarbeides planer. Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp</p>
<p>18. Tidlig integrasjon av palliativ behandling av barn og unge i Nordland</p>	<p>Heidi Øyvann Heidi.oyvann@online.no / 907 74 944 Tuva Nordal Skjerve, tuvaskjerve@hotmail.com</p>	<p>Jobbes veldig godt på sykehuset med dette arbeidet. Brukerrep. deltatt en del, utfordringer identifisert og det jobbes ed løsninger. Gunn Strand Hutchinson</p>
<p>19. Avansert smertebehandling med metadon - Innovativ behandling av pasienter med kroniske smerter</p>	<p>Grete Hatlen Hansen Tlf: 482 82 259</p>	<p>Kontaktperson: Linn Sørtorp Brukerrepresentant svært fornøyd med prosjektet. Ikke noe nytt siden sist</p>
<p>20. Self-sustaining speculum (SSS) and prefilled induction catheter (PIC) -utvikling av nytt og forbedret utstyr til bruk ved induksjon av fødsel.</p>	<p>Line Mathilde Karlsen Line.mathilde.karlsen@gmail.com / 482 18 262</p>	<p>Gunn Strand Hutchinson Ikke startet enda.</p>

<p>21. Brukermedvirkning i prosjektet «Sosioøkonomisk status, og økningen i psykiske helseproblemer og selvskading blant ungdom»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunn Nordland gunnor@vgs.nfk.no Tlf: 958 66 525 2. Helge Jenssen Jenssen.helge@gmail.com Tlf: 957 99 639 3. Danielle Johanna Hansen – Ungdomsrådet Nordlandssykehuset E-post: daniellejhansen@outlook.com Tlf: 476 06 686 4. Lars Herman Nordland – larsnord98@hotmail.com Tlf: 905 89 763 	<p>Kontaktperson: Ole André Korneliussen</p>
<p>22. Prosjektsøknad til forskningsrådet om videreutvikling av digital hjemme-oppfølging. Representant fra Brukerutvalget til styringsgruppen.</p>	<p>Ivar Martin Nordgård ivar.martin.nordgard@ofotkraft.net</p>	<p>Prosjektet er nettopp oversendt Norges forskningsråd, svar forventet august 2022</p> <p>Kontaktperson: Paul Daljord</p>
<p>23. Nordlandssykehusets kunstutvalg</p>	<p>Merete Hassel hassel.merete@gmail.com</p>	<p>Har gjennomført et møte. Skal starte med å registrere hva som finnes på sykehuset.</p> <p>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
<p>24. Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester</p>	<p>Linn Christin Sørtorp (Brukerutvalget)</p> <p>Viktoria Linnea Høybakk (Ungdomsrådet)</p>	<p>Hatt møte i juni. Fikk introduksjon av en pasient-app. Jobber med at appen skal være universelt utformet</p>
<p>25. Forskningsprosjekt: Identifying patients at risk: how well does existing clinical prediction tools identify</p>	<p>Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no</p>	<p>Arbeidet godt i gang</p>

	patients in need of intensified care. 2020 – 2023 Prosjekt hvor dødsfall ved NLSH 2018 og 2019 gjennomgås og beskriver pasientpopulasjonen.		Kontaktperson: Marie Dahlskjær
	26. Prosjekt: Kommunikasjon med pasienter som er lagt inn på akuttmottak med akutte brystmerter. Prosjekt hvor man videofilmer kommunikasjonen mellom lege og pasient i akuttsituasjoner.	Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no	Arbeidet godt i gang Kontaktperson: Marie Dahlskjær
	27. Oppnevning av brukerrepresentant til prosjekt Project summary SPeCT (Safer Personalised Cancer Treatment Follow-up Cancer)	Elisabeth Baraa elisabeth.baraa@gmail.com	Status: Søknad om prosjektmidler, forventet svar høst 2022 Kontaktperson: Gunn Varberg
	28. Prosjektet pilotering av sikkerhetsløsning for monitorering av inneliggende pasienter med akutte psykiske lidelser. Skal søkes innovasjonsmidler 2022.	Ole André Korneliussen	Ikke sikkert de får midler, vi får tilbakemelding etter søknad innsendt
	29. Nordlandssykehusets parkeringsutvalg	Gunnar Olsen gunnarolsen42@gmail.com	Har hatt møte 20. juni. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
	30. Innovasjonsprosjekt: Medisinsk avstandsoppfølging innen klinisk ernæringsbehandling i spesialist og primærhelsetjenesten. Utvikle digital oppfølging av ernæringsbehandling for pasienter som skrives ut fra NLSH Stokmarknes.	Paul Daljord	Prosjektet mottok <u>ikke</u> midler, men det har vært drøftet om kommunene skal overta søknaden og søke midler for å komme i gang med prosjektet. Paul orienteres om dette skjer (05.08.2022) Ansvarlig Nordlandssykehuset: Elinor Carlsson
	31. Innovasjonsprosjekt: Hjemmebehandling med	Gunn Hutchinson	Søknad innvilget; 1,1 mill over 2 år: https://nordlandssykehuset.n

	intravenøst antibiotika.		o/nyheter/innovasjonsmidler-til-hjemmebehandling-med-intravenos-antibiotika Ansvarlig Nordlandssykehuset: Hans Erling Simonsen
32.	Etablering av rusakutt Psykisk helse og rusklinikken – Forprosess	Carl Eliassen: carl@marborg.no	Ikke noe nytt siden sist Kontaktperson: Linn Sørtorp
33.	Innovasjonsprosjekt: Et mer barnevennlig sykehus	Marie Dahlskjær Representanter Ungdomsrådet: Linea og Lea	Prosjektet fikk innvilget midler. Ansvarlig Nordlandssykehuset, Kirsti Neset
34.	Forbedring av sekundærprofylakse ved hjerneslag – Gjennomgang av brosjyre, slagkort og utskrivelsesinfo	Paul Amundsen, paamundsen@hotmail.com	Kontaktpersonperson: Gunn Varberg Gjelder: Gjennomgang av brosjyre (kortvarig prosjekt) Prosjektleder Nordlandssykehuset: Charlotte Eileen Mack
35.	Prestetjenesten for fremtiden 2022	Kitt Anne Jorid Hansen E-post: kitt-anne.hansen@rio.no	Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
36.	Brukerrepresentasjon-deltakelse på sofaprat arrangement 26. september i Bodø Rådhus (Folkeforum) fra kl. 19.00 til 20.30.	Marie Dahlskjær	
37.	VIDEO DIRECTLY OBSERVED THERAPY (VDOT) – BRUK AV VIDEOSAMTALE I BEHANDLING AV TUBERKULOSE-PASIENTER I NORDLAND	Beate Kjæreng Wulff tlf: 90 63 38 72	Må oppnevne en kontaktperson
38.	Alle pasienter får time til rett tid - Barneklubben	Monica Tangen monicatangen@gmail.com	Kontaktperson: Marie Dahlskjær

	<p>39. Faglig samarbeidsutvalg for pakkeforløp kreft</p>	<p>Gunn Varberg Blandford <i>Representant barnekreftforeningen</i></p>	<p>Avventer tilbakemelding fra barnekreftforeningen</p>
	<p>40. Bodø Intensiv eksponeringsterapi. Innføring av ny behandlingsmetode og bruk av VR i behandling. Bodø Intensive</p>	<p>Tobias Stanojevic tobias.stanojevic@gmail.com</p>	<p>Kontaktperson: Ole André Korneliussen</p>
	<p>41. Sykehusapotek Nord</p>	<p>Paul Daljord Vara: Cicile Toresen, Cicilie.Toresen@em1nn.no</p>	
	<p>Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.</p>		
<p>079/2022</p>	<p>Klinikkjef orienterer om aktuelle saker</p> <p>Spørsmål fra brukerutvalget i forkant av møtet: <i>Ventetid habiliteringstjenester barn og unge øker stadig. Bekymring for konsekvensene. Hva kan gjøres for å snu den uheldige utviklingen?</i></p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for svar. 2. Faglige resurser og manglende lokaler ser ut til å være årsaker til den stadige økende ventetiden som i dag er 223 dager. Brukerutvalget vil understreke at situasjonen ved Habilitering for barn og unge (HABU), må forbedres og at ventetiden må ned. 		
<p>080/2022</p>	<p>Ungdomsrådets leder orienterer om aktuelle saker</p> <p>Danielle Johanna Hansen, leder av Ungdomsrådet, orienterte om aktuelle saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ett møte siden sist, nå er aktiviteten i gang igjen siden sommeren • To fra Ungdomsrådet holder innlegg for representanter fra Helsedirektoratet 24. august • I september skal vi ha et nasjonalt møte med ledere/nestledere og koordinatorene for landets ungdomsråd i Tromsø. Blir spennende å jobbe overordnet sammen. <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for orienteringen.</p>		

081/2022

Møteplan Brukerutvalget 2023

Dato	Tidspunkt	Sted
15. Februar	11.00 til 16.00	<i>Digitalt</i>
22. Mars	11.00 til 16.00	Nordlandssykehuset sentrum
19. April	11.00 til 16.00	Nordlandssykehuset Lofoten
16. Mai	11.00 til 16.00	Møterom Panorama kafé Nordlandssykehuset
14. Juni	11.00 til 16.00	<i>Digitalt</i>
24. august	11.00 til 16.00	Lærings- og mestringssenteret Bodø sentrum
20. september	11.00 til 16.00	Salten distriktpsikiatriske senter, Salten DPS, Mellomåsveien 108
6. desember	11.00 til 16.00	Nordlandssykehuset sentrum

*Formøte for brukerutvalgets medlemmer fra 11.00 til 12.00

*Sakspapirer legges ut en uke før møtet.

Vedtak:

Brukerutvalget tar møteplanen til orientering.

082/2022

Referatsaker/Eventuelt/innspill til saker

Referatsaker

- Referat møte i Ungdomsrådet Nordlandssykehuset 31. mai 2022
- Møtereferat fra Brukerutvalget UNN 25. juni 2022
- Protokoll møte i Helgelandssykehuset 13. juni 2022
- Referat møte i Brukerutvalget Finnmarkssykehuset 15. til 16. juni 2022

Vedtak:

Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.



Møtet 24. august ble gjennomført på Nordlandssykehuset Vesterålen. Brukerutvalget fikk omvisning på døgnrehabiliteringsenheten og presentasjon av Nordlandssykehuset Vesterålen.

Oppfølgingsaker

1. Busstrasé Nordlandssykehuset - Brukerutvalget er ikke tilfreds med den manglende progresjonen i å få buss-stopp utenfor Nordlandssykehusets hovedinngang. Brukerutvalget ber direktør om å ta initiativ til et møte med fylkeskommunen for å se på mulige løsninger – **Forespurt direktør**
2. Oppfølging av kontaktlege-ordningen
3. Koordinator for personer med sammensatte og langvarige behov
4. Presentasjon årsmelding pasient- og brukerombudet, **Møte 19. september**
5. Regionale funksjoner med særfinansiering – informasjon om prosjekt ny orientering ved Tonje Hansen, **24. august**
6. Forbedring 2021 – Orientering om resultatet fra kartleggingen for Nordlandssykehuset, oppfølging, **Oktober 2022**
7. Vardesenteret – informasjon og besøk – **Settes opp på møte til høsten, 19. september**

Protokoll

Vår ref.:
2022/140-15

Referent.:
Henriksen og Eitran

Dato:
2.9.2022

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	2. september 2022
Møtested:	Teams
Neste møte:	9. september 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Cecilie Henriksen	rådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette møtet i Regionalt brukerutvalg.

Saksliste:

- RBU-AU sak 14/2022 Nasjonal helse- og samhandlingsplan - invitasjon til å gi skriftlig innspill
- RBU-AU sak 15/2022 Ungdomsråd i helseforetakene

RBU AU-sak 14-2022 Nasjonal helse- og samhandlingsplan - invitasjon til å gi skriftlig innspill

Det var en diskusjon om *RBU-sak 62-2022 Nasjonal helse- og samhandlingsplan - invitasjon til å gi skriftlig innspill*. AU diskuterte hvilke områder det er viktig å fokusere på for å svare ut brevet til Helse- og omsorgsdepartementet, samt hvilket nivå de burde ligge på.

Vedtak:

1. RBU-AU formulerer innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan til diskusjon i RBU-møtet. Noen viktige områder som ble løftet var pasientreiser, Ung Helse, forbygging av uhelse, tverrsektorielt samarbeid m.m.
2. RBU-AU er enige om at innspillene må holdes på nasjonalt nivå.

RBU AU-sak 15-2022 Ungdomsråd i helseforetakene

Det har kommet henvendelser om manglende årsplaner for ungdomsrådene på nettsidene til helseforetakene.

Vedtak:

RBU-AU presiserer at årsplan/møteplan for ungdomsrådene i helseforetakene bør publiseres på nett, for at saksbehandlere skal kunne planlegge innspill fra ungdområdene.

Bodø, den 2. september 2022

*godkjent av Knut Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 2. september 2022 – kl. 11.26*

Knut Hartviksen
RBU-leder

Protokoll

Vår ref.:
2022/140-17

Referent.:
Henriksen og Eitran

Dato:
9.9.2022

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	9. september 2022
Møtested:	Teams
Neste møte:	6. oktober 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Cecilie Henriksen	rådgiver	Helse Nord RHF
Sture Pettersen	seniorrådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Marit Sørdal	medlem	SAFO

Saksliste:

- RBU-AU sak 16/2022 Møte i Regionalt brukerutvalg 19. september 2022 – saksliste og tidsplan
- RBU-AU sak 17/2022 Digital Helse Nord 2038
- RBU-AU sak 18/2022 Styret i Sykehusapotek Nord 2022-2024 - oppnevning

RBU AU-sak 16-2022 Møte i Regionalt brukerutvalg 19. september 2022 – sakliste og tidsplan

Det var en gjennomgang av saklisten og tidsplan til møtet i Regionalt brukerutvalg 19. september 2022.

Vedtak:

1. RBU-AU ga tilbakemelding om behov for bedre tid på sakene. Sak om status for Parkinson Net og sak om Forskning og innovasjon til pasientens beste – nasjonal rapport utsettes.
2. RBU-AU er enige om at innspillene må holdes på nasjonalt nivå.

RBU AU-sak 17-2022 Digital Helse Nord 2038

Proessen for arbeidet og ferdigstilling av rapport fra Digital Helse Nord 2038 ble presentert og diskutert.

Vedtak:

1. RBU-AU utarbeider et notat med innspill til det videre arbeidet med digital Helse Nord 2038, basert på diskusjonen i møtet.
2. RBU-AU anbefaler at man tar kontakt med Ungdomsrådene og Brukerutvalgene i helseforetakene.

RBU AU-sak 18-2022 Styret i Sykehusapotek Nord 2022-2024 - oppnevning

Det ble diskutert oppnevning til styret i Sykehusapotek Nord 2022-2024.

Vedtak:

1. RBU-AU foreslår at Kitt-Anne Jorid Hansen fortsetter som fast medlem og at Morten Markussen meldes inn som varamedlem.

Bodø, den 9. september 2022

*godkjent av Knut Hartviksen,
i etterkant av RBU AU-møtet,
den 9. september 2022 – kl. 18.00*

Knut Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 19. september 2022
Vår ref.:
2022/140-18

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
12.9.2022

RBU-sak 76-2022

Eventuelt