

Møte

Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF



Innkalling med saksdokumenter



Dato: 11. oktober 2023

Kl.: 08.30 til ca. 14.00

Sted: Digitalt per Teams

Regional brukerutvalg i Helse Nord RHF
- medlemmer og varamedlemmer

Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
03.10.2023

Møte i Regionalt brukerutvalg 11. oktober 2023 – 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

onsdag 11. oktober 2023 kl. 08.30
Møtet avholdes digitalt pr. Teams.

Vedlagt følger saksdokumenter til møtet.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, rådgiver Cecilie Henriksen på tlf. 975 40 710 eller pr. e-post til cecilie.henriksen@helse-nord.no.

Vennlig hilsen

Marit Lind
Adm. direktør

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: 11. oktober 2023

Vår ref.:
2023/94-47Saksbehandler:
Cecilie HenriksenDato:
03.10.2023**RBU-sak 81-2023****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 11. oktober 2023:

Sak 81-2023	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
Sak 82-2023	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 12.-13 september 2023	3
Sak 83-2023	Styringskrav og rammer til helseforetakene i Helse Nord - innspill	15
Sak 84-2023	Gjennomgangen av regionale funksjoner med særskilt finansiering – rapport og forslag til endringer	58
Sak 85-2023	Pasientreiseforskriften og arbeidet med funksjons- og oppgavedeling	274
Sak 86-2023	Brukermedvirkning – konkretisering og operasjonalisering av nasjonal e-helsestrategi	276
Sak 87-2023	Internrevisjon for 2024-2025 - innspill til plan	301
Sak 88-2023	Regionalt brukerutvalg 2022-2024 - egenevaluering	310
Sak 89-2023	Status for oppfølging av tilsynet med ambulansefly	339
Sak 90-2023	Orienteringssaker	344
	1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundtlig</i>	
	2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundtlig</i>	
	3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundtlig</i>	
	4. Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – <i>mundtlig</i>	
	5. Felles møte mellom Regionalt brukerutvalg, brukerutvalg og ungdomsråd i Helse Nord 21. november 2023 – utkast til program – <i>mundtlig</i>	345
	6. Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2022 – oppdatert med nasjonale data, oppfølging av styresak 54-2021 og styresak 64-2023-7	351
	7. Styremøter i Helse Nord RHF - informasjon om planlagte styresaker	
Sak 91-2023	Referatsaker	353

1. Referat fra møte 17. august 2023 i brukerutvalget Helgelandssykehuset
2. Referat fra møte 20. september 2023 i brukerutvalget Nordlandssykehuset
3. Referat fra møte 14. september 2023 i ungdomsrådet Nordlandssykehuset
4. Referat fra møte 4. september 2023 i ungdomsrådet Finnmarkssykehuset
5. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 2. oktober 2023
6. Agendapunkt meldt inn fra interregionalt brukerutvalg til møte med administrerende direktører i de regionale helseforetakene 25. september 2023

Sak 92-2023 Eventuelt

389

Forslag til vedtak

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

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
3.10.2023

RBU-sak 82-2023

Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 12.-13.9.2023

Forslag til vedtak

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

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 12.-13. september 2023 godkjennes.

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Vedlagt oversendes protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, den 12.-13. september 2023 til godkjenning.

Protokoll

Vår ref.:
2023/94-44

Referent.:
Cecilie Henriksen

Dato:
12.-13.9.2023

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	12.-13. september 2023
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø
Neste møte:	11. oktober 2023

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Ernly Eriksen	medlem – <i>deltok via Teams</i>	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem – <i>deltok via Teams</i>	Sametinget
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Morten Markussen	medlem – <i>deltok via Teams til kl. 14.45 dag 1, og hele dag 2</i>	Kreftforeningen
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Åse Senning	medlem	FFO
Leif Birger Mækinen	møtende vara	FFO
Elen Valborg Vuolab	møtende vara – <i>deltok via Teams</i>	FFO
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Cecilie Henriksen	rådgiver	Helse Nord RHF
Bente Mietinen	seniorrådgiver - deltok under behandling av sak 72-2023	Helse Nord RHF
Jon Tomas Finnsson	direktør helsefagavdelingen - deltok under behandling av sak 72-2023	Helse Nord RHF
Jørgen Sigurd Hansen	rådgiver - deltok under behandling av sak 73-2023	Helse Nord RHF
Siw Skår	seniorrådgiver - deltok under behandling av sak 74-2023 og 75-2023	Helse Nord RHF
Kristina Lindstrøm	rådgiver - deltok under behandling av sak 77-2023	Helse Nord RHF
Marit Lind	administrerende direktør – deltok under behandling av sak 78-2023/3	Helse Nord RHF
Tonje E. Hansen	spesialrådgiver - deltok under behandling av sak 78-2023/4	Helse Nord RHF

Tove Skjelvik	seniorrådgiver - deltok under behandling av sak 78-2023/5	Helse Nord RHF
Marianne Løkkebakken	rådgiver - deltok under behandling av sak 78-2023/5	Helse Nord RHF
Ann-Britt Nilssen	rådgiver - deltok under behandling av sak 78-2023/6	Helse Nord RHF
Hilde Rolandsen	eierdirektør - deltok under behandling av sak 78-2023/6	Helse Nord RHF
Geir Tollåli	fagdirektør - deltok under behandling av sak 78-2023/7	Helse Nord RHF
Frode Eilertsen	seksjonsleder eksterne helsetjenester - deltok under behandling av sak 78-2023/8	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO

RBU-sak 70-2023

Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 70-2023 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 71-2023 Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 21. august 2023
- Sak 72-2023 Evaluering av invasiv kardiologi tilbud til hjerteinfarktpasienter i Helse Nord (evaluering PCI) - mandat
- Sak 73-2023 Regionalt beredskapslager i Helse Nord - Konseptfaserapport
- Sak 74-2023 Gjennomgang av Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde – mandat og organisering
- Sak 75-2023 Interregionalt arbeid med sjeldenfeltet – utkast til rapport
- Sak 76-2023 Brukertilskudd 2024 – endringer og revidering av retningslinjer for tilskuddsordningen
- Sak 77-2023 Helse Nord's tildelingsutvalg for utlyste forskningsmidler 2023-2024 – oppnevning av brukerrepresentant
- Sak 78-2023 Orienteringssaker
1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
 2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
 3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
 4. Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – *mundlig*
 5. Styringskrav og rammer til helseforetakene i Helse Nord 2024
 6. Involvering av brukerperspektivet i gjennomgangen av de regionale funksjonene - *mundlig*
 7. Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser i Helse Nord
 8. Anskaffelser av avtalebaserte helsetjenester i Helse Nord – årlig oppsummering
 9. Orientering rekruttering ny ungdomsrepresentant – *mundlig*
 10. Styremøter i Helse Nord RHF - informasjon om planlagte styresaker
 11. Oppnevninger siden møte i Regionalt brukerutvalg den 14. juni 2023
- Sak 79-2023 Referatsaker
1. Brukerutvalget Pasientreiser HF 20. april 2023
 2. Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 24. august 2023
 3. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 4. september 2023
- Sak 80-2023 Eventuelt

Vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

RBU-sak 71-2023**Godkjenning av protokoll fra møte i
Regionalt brukerutvalg 21. august 2023**Vedtak

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget, den 21. august 2023 godkjennes.

RBU-sak 72-2023**Evaluering av invasiv kardiologi tilbud til
hjerteinfarktpasienter i Helse Nord (evaluering
PCI) - mandat**Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til *Evaluering av invasiv kardiologitilbud til hjertefarktpasienter i Helse Nord (evaluering PCI) - mandat* med følgende innspill:
 - a. Det er viktig at en i evalueringen ser på innsamling av data om kvalitet i tilbudet for brukere som bor ved de ulike destinasjonene, og brukere som må reise for å kunne ta i bruk tilbudet. Regionalt brukerutvalg ber om at en ved senere utredninger innhenter pasientopplevd kvalitet.
 - b. Det er viktig å se på ulike behandlingsmuligheter i prehospitaltjenester og hvordan det påvirker pasientforløpet. Ambulansetjenesten i ulike områder må kunne gi samme type behandling for pasienter som transporteres til sykehuset.
 - c. Informasjonsbehovet for brukere om tilbudet må hensyntas.
 - d. Sammendraget fra evalueringen må skrives i et lett forståelig språk.

RBU-sak 73-2023**Regionalt beredskapslager i Helse Nord -
Konseptfaserapport**Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar *Konseptfaserapport Regionalt beredskapslager i Helse Nord* til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg (RBU) har følgende innspill til rapporten:
 - a. RBU anser at det er viktig med et godt samarbeid med kommunehelsetjenesten ved etablering av beredskapslager og kartlegging av behov for utstyr.
 - b. RBU ønsker at konseptfaserapporten inkluderer hva som skal til for å beholde de ansatte på jobb dersom en beredskapssituasjon skulle oppstå.
 - c. Videre er det viktig at rapporten inkluderer en beskrivelse av beredskapsplaner knyttet til dekning av elementære behov slik som vann, mat og avløpssystem.

RBU-sak 74-2023

Gjennomgang av Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde – mandat og organisering

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar utkast til mandat for gjennomgang av spesialisthelsetjenestetilbudet til personer med døvblindhet til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg ga følgende innspill til mandatet:
 - a. Det anbefales at en oppretter et fast kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten for kommuner og fastleger på området. Videre er det viktig at det er etablert klare henvisningsrutiner ved mistanke om syns- og hørselstap.
 - b. Det er viktig med bredde i brukerrepresentasjon i arbeidet. Det anbefales at en involverer brukerrepresentanter som selv har en diagnose innen feltet, representanter med samisk bakgrunn eller annet morsmål, pårørende søsken og eldre brukerrepresentanter.

RBU-sak 75-2023

Interregionalt arbeid med sjeldenfeltet – utkast til rapport

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar utkast til rapport fra interregionalt arbeid med sjeldenfeltet til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg slutter seg til anbefalingene i utkastet til rapport, med følgende innspill:
 - a. Regionalt brukerutvalg mener det er viktig at det eksisterer et fast behandlingssted med kompetanse på å ta imot pasienter med sjeldne diagnoser.
 - b. Koding på sjeldenfeltet er viktig fordi det gir registeringsinformasjon med mulighet for å kunne gi pasienten nye behandlingsmetoder og mulighet til å bli invitert til å delta i forskningsprosjekter på området. Informasjonen om at pasienter har sjeldne diagnoser må fremkomme tydelig i pasientens journal, uavhengig av behandlingssted.
 - c. Det er viktig at diagnoser blir stilt så tidlig som mulig etter at det har oppstått symptomer.

RBU-sak 76-2023**Brukertilskudd 2024 – endringer og revidering av retningslinjer for tilskuddsordningen**Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF slutter seg til de foreslåtte endringene for tilskuddsordningen *Tilskudd til brukerorganisasjoner* med de endringer som fremkom under møtet.
2. Regionalt brukerutvalg ber om at primære prioriteringer i tilskuddsordningen sendes på høring slik at paraplyorganisasjoner og brukerorganisasjoner i Nord-Norge får mulighet til å gi innspill.
3. Regionalt brukerutvalg ber administrasjonen i Helse Nord RHF ferdigstille endringene før neste utlysning av tilskuddsmidler.

RBU-sak 77-2023**Helse Nord's tildelingsutvalg for utlyste forskningsmidler 2023-2024 – oppnevning av brukerrepresentant**Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg oppnevner Ole-Marius Minde Johnsen som brukerrepresentant med observatørstatus til Tildelingsutvalget 2023-2024. Som vararepresentant oppnevnes Leif Birger Mækinen.

RBU-sak 78-2023 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder Knut Georg Hartviksen – *mundtlig*
 - 22.08.2023: Utvidet ledermøte i Helse Nord RHF
 - 23.08.2023: Fastsette agendapunkter i interregionalt RBU for deltakelse i AD-møte
 - 25.08.2023: Gjennomgang av sakene til Beslutningsforum 28.08.2023
 - 25.08.2023: Møte punkt mellom brukerrepresentantene i arbeidsgruppene – utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 28.08.2023: Møte i Beslutningsforum for nye metoder
 - 28.08.2023: Styringsgruppemøte Tarmscreeningsprogrammet
 - 29.08.2023: Tematime for styret i Helse Nord RHF
 - 30.08.2023: Styremøte i Helse Nord RHF
 - 01.09.2023: Møte Arbeidsgruppe 5 - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 01.09.2023: Møte punkt mellom brukerrepresentantene i Arbeidsgruppene – utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 04.09.2023: Arbeidsutvalgsmøte RBU
 - 04.09.2023: Ferdigstille temapunkter til interregionalt AD møte og IRBU
 - 06.09.2023: Arbeidsgruppe 5 Helse Nord, oppstartmøte - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 07.09.2023: Arbeidsgruppe 5 møte - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 08.09.2023: Møtepunkt mellom brukerrepresentanter i arbeidsgruppene – utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 12.09.2023: Utvidet ledermøte i Helse Nord RHF
 - 23.8.2023: Vara for Ernly Eriksen i arbeidsgruppe 2
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundtlig*
 - *RBU's nestleder Gunnhild Berglen*
 - 22.08.2023: Styringsgruppe seksuell skadelig adferd, vara for Kitt-Anne Jorid Hansen
 - 23.08.2023: Utvidet ledermøte Helse Nord RHF
 - 24.-25.08.2023: Møte i arbeidsgruppe 1 - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 31.08-01.09.2023: Møte i arbeidsgruppe 1 - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 04.09.2023: Fastsette agendapunkter i interregionalt RBU for deltakelse i møte med administrerende direktører. Psykisk helse, og hvordan ha brukermedvirkning i omstillingsprosesser aktuelle tema.
 - 07.09.2023: Møte i arbeidsgruppe 1 - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 12.09.2023: Utvidet ledermøte Helse Nord RHF
 - *RBU-medlem Arne Vassbotn*
 - Ingen møter siden sist
 - *RBU-medlem Ernly Eriksen*
 - 29.8.2023: Evalueringsgruppe PCI
 - 31.08.2023: Møte i arbeidsgruppe 2 - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - Møter hver uke i møtepunkt for brukerrepresentanter i arbeidsgruppene
 - *RBU-medlem Ester Marie Fjellheim*

- Ingen møter siden sist
 - *RBU-medlem Marit Sørdal*
 - 21.-22.08.2023: Møte i arbeidsgruppe 3 - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 28.-29.08.2023: Møte i Arbeidsgruppe 4 - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - 04.09.2023: Møte i Arbeidsgruppe 3 - utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
 - *RBU-medlem Morten Markussen*
 - Deltok ikke under behandling av denne saken
 - *RBU-medlem Ole-Marius Minde Johnsen*
 - 05.09.2023: Prosjektstyremøte for Digitale pasient-og samhandlingstjenester
 - *RBU-medlem Åse Senning*
 - Deltatt i ett møte i møtepunkt for brukerrepresentanter i arbeidsgruppene
 - *RBU-medlem Leif Birger Mækinen*
 - 22.08.2023: Nettverksmøte Selvmordsforebygging
 - *RBU-medlem Elen Valborg Vuolab*
 - Ingen møter siden sist
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundtlig*
- Intervjuer gjennomført i forbindelse med ansettelse ny direktør SKDE, samt ny kommunikasjonsdirektør i Helse Nord RHF.
 - Økonomisk resultat i Helse Nord har bedret seg siden siste orientering i august 2023. Det vises imidlertid til at det er vanskelig å finne løsning på bemanningsmangel og behov for innleie.
 - Administrerende direktør ønsker større fokus på kvalitetsindikatorer. Ikke oppnådd ønskede resultater i behandlingen på alle områder.
 - Det planlegges en organisasjonsutviklingsprosess i Helse Nord RHF. Viktig å kartlegge hvilken type kompetanse som trengs, og hvordan organisere og utnytte ressursene på best mulig måte. Prosessen må tilpasses med hensyn til nødvendig kapasitet i arbeid med utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.
 - Informasjon om planlagt regionalt styreseminar i helseforetakene 24.-25. oktober 2023 hvor blant annet Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport med kapittel om helse planlegges presentert. Administrerende direktør inviterer brukerrepresentanter fra Regionalt brukerutvalg til å holde en kort presentasjon knyttet til utredningen av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord under styreseminaret.
 - Kort orientering om status i planlagte byggeprosesser.
 - Diskusjon om personellmangel og økt pågang innenfor psykiatrien.
4. Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – *mundtlig*
- Arbeidsgruppene er i gang. Viktig fokus at det sikres rask nok framdrift i forhold til frist for levering av oppdraget, samt at det gjøres vurderinger av tema som kommer opp og hvilke arbeidsgrupper de skal håndteres i.
 - 1 kommunal deltaker har valgt å gå ut av arbeidsgruppe 3. Det arbeides med å finne en erstatting.
 - Risiko og sårbarhetsanalyse skal gjennomføres for foreslåtte løsninger fra arbeidsgruppene, sammen med Deloitte som ekstern partner.
 - Helse Nord RHF arbeider kontinuerlig med kommunikasjonstiltak knyttet til arbeidet. Regionalt brukerutvalg viste til at det er viktig at det kommuniseres på flere plattformer enn nettsidene til Helse Nord, slik at flere målgrupper nås.

5. Styringskrav og rammer til helseforetakene i Helse Nord 2024
6. Involvering av brukerperspektivet i gjennomgangen av de regionale funksjonene - *mundlig*
 - Saken omhandler kompetansetjenester og behandlingstjenester som ligger kun ett sted i en region. Finansieres gjennom felles midler hos Helse Nord.
 - Etablert et prosjekt som har hatt varighet på 1,5 år som skulle gjennomgå 51 regionale funksjoner innenfor psykisk helse og TSB, og innenfor somatikk.
 - Det ble gitt en orientering om resultater fra prosjektet og foreslåtte endringer.
 - Saken vil komme tilbake til Regionalt brukerutvalg for behandling før den sluttbehandles i styret i Helse Nord RHF. Regionalt brukerutvalg anbefalte at pasienter som eventuelt blir berørt av endringer i organisering av regionale funksjoner bør få mulighet til å uttale seg.
7. Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser i Helse Nord
 - Presentasjon inkluderte en kort orientering om status på ventetider.
8. Anskaffelser av avtalebaserte helsetjenester i Helse Nord – årlig oppsummering
9. Orientering rekruttering ny ungdomsrepresentant – *mundlig*
 - Det har ikke kommet inn noen forslag til ny ungdomsrepresentant etter at en henvendelse ble sendt til organisasjonene. En vara i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF (RBU) stiller fast i møtene i RBU frem til nytt RBU er oppnevnt for perioden 2024-2026. Oppnevning av ny ungdomsrepresentant utsettes til denne oppnevningen finner sted.
10. Styremøter i Helse Nord RHF - informasjon om planlagte styresaker
11. Oppnevninger siden møte i Regionalt brukerutvalg den 14. juni 2023

Vedtak:

1. Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 79-2023 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Brukerutvalget Pasientreiser HF 20. april 2023
2. Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 24. august 2023
3. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 4. september 2023

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 80-2023 Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Bodø, den 13. september 2023

*godkjent av Knut Georg Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 13092023 – kl. 21.37*

Knut Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Skjelvik/Henriksen

Dato:
3.10.2023

RBU-sak 83-2023

Styringskrav og rammer til helseforetakene i Helse Nord 2024 - innspill

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har følgende innspill til styringskrav og rammer for 2024:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Formål:

Formålet med saken er å gi Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF (RBU) mulighet til å komme med innspill til Helse Nord RHF's styringskrav og rammer til helseforetakene i 2024 (tidligere kalt oppdragsdokument (OD) til helseforetakene).

Bakgrunn

RBU skal ha mulighet til å foreslå styringskrav for 2024 til helseforetakene, jf. *RBU-sak 46-2023/5 Oppdragsdokument forbedring av prosess og dokument*.

Det vises til *RBU-sak 78/2023-5 Styringskrav og rammer til helseforetakene i Helse Nord 2024*, som ble behandlet i møte i RBU 12.-13. september 2023. I dette møtet ble RBU orientert om status for arbeidet med styringskrav og rammer for 2024 til helseforetakene i Helse Nord. Det foreligger per nå ingen konkrete forslag fra Helse Nord RHF til styringskrav, og er ingen endringer siden saken ble presentert for RBU 12.-13. september 2023.

Fra brukerutvalg og ungdomsråd i helseforetakene i Helse Nord er det levert forslag til styringskrav og rammer til RBU i Helse Nord RHF. Innspillene er vedlagt saken.

RBU inviteres til å gi sine skriftlige innspill til styringskrav 11. oktober 2023.

Helse Nord RHF's endelige forslag ferdigstilles så snart oppdragsdokumentet og foretaksprotokoll eller utkast til dette er mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2024.

Konklusjon

Administrerende direktør i Helse Nord RHF inviterer RBU til å gi sine skriftlige innspill til styringskrav til helseforetakene 11. oktober 2023.

Vedlegg

1. RBU-sak 78/2023-5 Styringskrav og rammer til helseforetakene i Helse Nord 2024
2. Styringskrav og rammer 2024 – innspill fra brukerutvalg og ungdomsråd i Helse Nord

Møtedato: 12.-13. september 2023
Vår ref.:
2023/94-42

Saksbehandler:
Skjelvik

Dato:
29.09.2023

RBU-sak 78-2023/5

Styringskrav og rammer til helseforetakene i Helse Nord 2024

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om status i arbeidet med styringskrav og rammer til helseforetakene for 2024 til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg vil melde inn sine prioriterte forslag til styringskrav for 2024 innen 11. oktober 2023. Dersom det er endringer i status før fristen vil Helse Nord RHF oversende oppdatert informasjon om styringskrav og rammer for 2024.

Bodø, 5. september 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Formål:

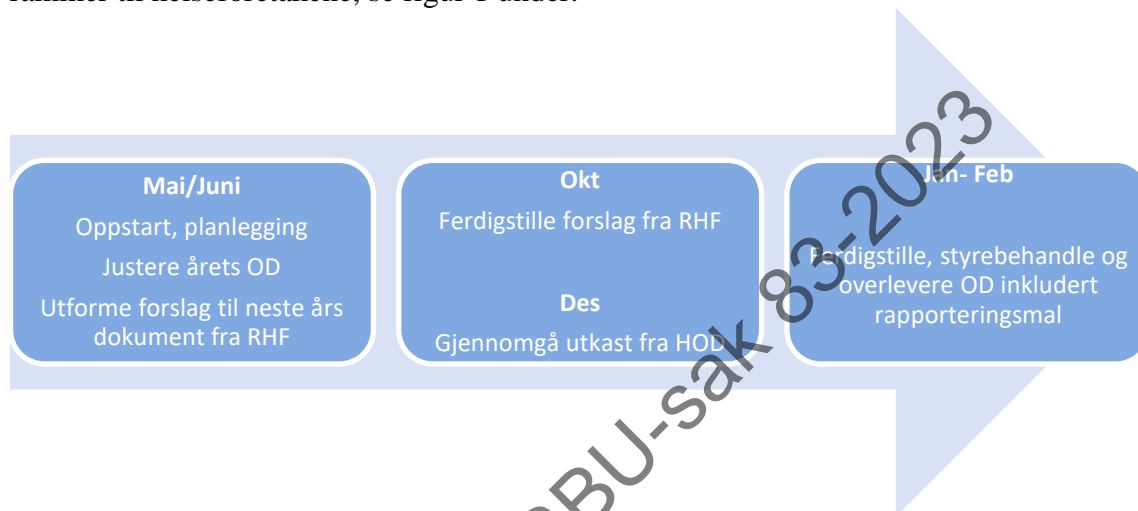
Formålet med saken er informere Regionalt brukerutvalg (RBU) om status i arbeidet med utarbeidelse av styringskrav og rammer til helseforetakene for 2024 (tidligere kalt oppdragsdokument (OD) til helseforetakene).

Bakgrunn

RBU skal ha mulighet til å foreslå styringskrav for 2024 til helseforetakene, jf. *RBU-sak 46-2023/5 Oppdragsdokument forbedring av prosess og dokument*.

Styringskrav og rammer for 2024 – status i arbeidet

RBU ble 22. mai 2024 informert om endringer i prosess for utarbeidelse av styringskrav og rammer til helseforetakene, se figur 1 under.



Figur 1 Ny prosess for utarbeidelse av OD

I økonomisk langtidsplan (ØLP) (juni) ble de økonomiske rammene for drift og investeringer samt resultatkrav for 2024 fastlagt. Det foreligger per nå ingen konkrete forslag til styringskrav slik prosessen i figur 1 forutsetter. Helse Nord RHF vil jobbe videre med dette fram mot behandling av statsbudsjett og budsjett for Helse Nord RHF i oktober 2023. Det må forventes at det stilles krav til fortsatt omstilling av drift for å oppnå økonomiske resultatmål. Det vil føres en restriktiv linje for nye styringskrav til helseforetakene utover videreføring av styringskrav fra HOD.

Helseforetakene må også påregne å bidra inn i oppdrag som ikke videreføres direkte, samt å delta i endringsoppdrag og prosjekter som iverksettes i løpet av 2024. Et eksempel på dette er endringsarbeid som følger av styrets vedtak om oppgave- og funksjonsfordeling.

RBU inviteres til å gi sine skriftlige innspill til styringskrav innen 11. oktober 2023.

Helse Nord RHF's endelige forslag ferdigstilles så snart oppdragsdokumentet og foretaksprotokoll eller utkast til dette er mottatt fra HOD i januar 2024.

Vedlagt følger et utkast til neste års dokument: Styringskrav og rammer til helseforetakene. Vær oppmerksom på at dokumentet i stort foreløpig inneholder tekst fra oppdragsdokument i 2023 og at dette vil bli oppdatert og endret. Det samme gjelder innholdsfortegnelsen. I vedlagte utkast er innholdet basert på gjeldene mål og styringskrav i oppdragsdokument og foretaksprotokoll fra HOD for 2023. Økonomiske rammer og resultatmål er oppdatert med vedtak i ØLP i juni 2023, og gjelder for 2024.

For å gi mål, oppdrag og indikatorer en bedre innramming vil Helse Nord RHF i styringskrav og rammer for neste år, gjenbruke mye fra HODs oppdragsdokument samt utvalgte deler fra foretaksprotokollen. Helse Nord RHF vil ved behov supplere med egne oppdrag og tekstlig innhold, men i mindre grad egne mål og indikatorer.

Det skal også fremgå tydelig hvilke oppdrag som er videreført fra HOD, og krav som stilles til Helse Nord RHF skal gjengis dersom helseforetakene må bidra i gjennomføringen. Gjennomføring av oppdrag fra HOD skal gjennom dette fremstå tydeligere, og dokumentet blir mer gjenkjennbart mellom nivåene og på tvers av regionene. Det bør også være tidsbesparende å gjenbruke/videreføre HODs innramming med eventuelle suppleringer fra Helse Nord RHF.

Innholdet i dokumentet endres slik at det blir et helhetlig styringsdokument som inneholder mål, oppdrag og indikatorer samt klargjør premisene og rammene herunder oversikt over økonomisk rammetildeling (drift og investering), krav til aktivitet og andre sentrale plantall. Det vil jobbes videre i Helse Nord RHF med hvilke aktivitetskrav som skal stilles for 2024.

Konklusjon

Administrerende direktør i Helse Nord RHF inviterer RBU til å gi sine skriftlige innspill til styringskrav til helseforetakene innen 11. oktober.

Vedlegg

1. Utkast til styringskrav og rammer til helseforetakene 2024 (tekst fra 2023)

Styringskrav og rammer 2024

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÄETIE

 **FINNMARKSSYKEHUSET**
FINNMÄRKKU BUOHCCIVIESSU



 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDÁ SKIPPJIVIESSO



 **SYKEHUSAPOTEK NORD**
DAVI BUOHCCIESSOAPOTEHKA



 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVISSU



 **HELSE NORD IKT**

Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 8. februar 2023, styresak 3-2023

Forkortelser/begrep (Må oppdateres)

Forkortelser og begrep

HELSE NORD RHF	Helse Nord regionalt helseforetak
HF	Helseforetak
FIN	Finnmarkssykehuset
NLSH	Nordlandssykehuset
HSYK	Helgelandssykehuset
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
SANO	Sykehusapotek Nord
HN IKT	Helse Nord IKT
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
AD-møte	Forum for administrerende direktører i de regionale helseforetakene
ABIOK	Anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft- spesialistutdanning sykepleie
ALIS	Leger i spesialisering i allmenmedisin
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral
Clockwork	System for styring og administrasjon av innkjøp og logistikk
FRAM	Felles faglige retningslinjer for ambulansetjenesten i Midt-Norge
FRESK	Fremtidens systemer i klinikken
FNSP	Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten
GAT	Elektronisk ressursstyringssystem
GODT-planlagt	Gat, oppdatert, Dips, tilgjengelig - planlagt
HIS2	Helhetlig informasjonssikkerhet fase 2
IKT	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
LIS	Leger i spesialisering
NAV	Arbeids- og velferdsforvaltningen
NBN	Nasjonalt begrenset nett
NOR EMT	Norwegian Emergency Medical Team
NOU	Norges offentlige utredninger
NSM	Nasjonal sikkerhetsmyndighet
SKDE	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
Statped	Statlig spesialpedagogisk tjeneste
STEMI	ST-elevasjons infarkt
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Nord vs. Helse Nord RHF

Når begrepet «Helse Nord» benyttes, menes hele foretaksgruppa, med alle helseforetakene inkludert det regionale helseforetaket. «Helse Nord RHF» betyr eieren, det regionale helseforetaket.

Innhold

Forkortelser/begrep (Må oppdateres)	2
1 Innledning.....	4
2 Overordnede føringer.....	5
2.1 Fremtidens Helse Nord.....	9
2.2 Oppfølging av styringsbudskap	10
3 Hovedmål 1: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	12
4 Hovedmål 2: Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet	13
4.1 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet	14
4.2 Bemanning, ledelse og organisasjon	15
5 Hovedmål 3: Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp.....	16
6 Øvrige krav og rammer for 2024	18
6.1 Beredskap og sikkerhet	18
6.2 Samfunnsansvar og statens forventninger eierskapsmeldingen.....	19
6.3 IKT-utvikling og digitalisering.....	20
6.4 Informasjonssikkerhet og personvern	21
6.5 Bygg og eiendom	22
6.6 Oppfølgingen av Riksrevisjonens undersøkelser	22
6.7 Virksomhetsstyring	22
7 Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet.....	23
7.1 Økonomiske krav og rammer	23
7.2 Aktivitet.....	24
8 Rapportering.....	25
Vedlegg 1. Detaljert økonomitabell - Investeringsplan og planrammer (inntektsrammer) - jf. styresak 87-2023	29
Vedlegg 2. Detaljert aktivitetstabell.....	32
Vedlegg 3. Mal for tertialrapportering	32

1 Innledning

Styringskrav og rammer er en del av Helse Nords helhetlige virksomhetsstyring, og skal sikre at nasjonale og regionale mål for spesialisthelsetjenesten oppfylles. I dette dokumentet gir Helse Nord RHF helseforetakene prioriterte oppdrag, og klargjør premissene og rammene som gjelder virksomheten i 2024.

Dokumentet inneholder mål, oppdrag og resultatkrav til helseforetaket. Innholdet bygger på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF, regional utviklingsplan 2038 inklusiv strategi for Helse Nord RHF 2021–24. Det forutsettes at helseforetaket også gjør seg kjent med føringer og styringsbudskap i oppdragsdokument til Helse Nord RHF for 2024 og krav i foretaksprotokoller i 2024.

Alle helseforetakene får samme dokument hvor det er spesifisert hvilke foretak mål og oppdrag gjelder for.

vedlegg til RBU-sak 83-2023

2 Overordnede føringer

Kommentert [ST1]: (i hovedsak tekst fra OD HOD 2023 må oppdateres)

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Dette skal skje innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet i oppdragsdokumentets vedlegg 1. Det vises til Stortingets behandling av Prop. 1 S (2022-2023).

Regjeringens hovedmål er å videreutvikle og styrke vår felles helsetjeneste og motvirke sosiale og økonomiske helseforskjeller. Regjeringens overordnede mål er:

- God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
- Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
- Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
- Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
- Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

Regjeringen har iverksatt en tillitsreform. Tillitsreformen er et av flere grep for å utvikle og fornye offentlig sektor. Sentrale mål i tillitsreformen er bl.a. å redusere unødvendige rapporterings- og dokumentasjonskrav og å gi mer faglig frihet til førstelinjen. Tillitsreformen er ikke en tradisjonell reform hvor regjeringen beslutter struktur og utforming og deretter gir underliggende virksomheter beskjed om hvordan den skal gjennomføres. Innholdet i reformen skal skapes i tett samspill med brukere, tillitsvalgte og ledelse i alle offentlige virksomheter. Arbeidet skal i hovedsak skje etter initiativ fra lokalt hold. Nasjonale tiltak knyttet til tillitsreformen som treffer spesialisthelsetjenesten, vil bli formidlet gjennom styringsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Pandemien har siden starten av 2020 påvirket driften av sykehusene på ulike måter. Arbeidspresset har vært høyt, sykefraværet har tidvis vært meget høyt og ventetidene har økt som følge av smittevernreregler og prioritering av pasienter med covid-19. Kostnadene har økt bl.a. som følge av høyere beredskapsnivå og behovet for å sikre tilstrekkelig bemanning. Samtidig har elektiv behandling gått ned. Det tar tid å komme tilbake til driftsforhold tilsvarende perioden før pandemien. Sykehusene er i en krevende økonomisk situasjon, som i første rekke skyldes uventet høy prisstigning gjennom fjoråret.

Helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende hovedmål:

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

Pandemien tydeliggjorde at det er nødvendig med en styrket beredskap for å kunne håndtere kriser og hendelser hvor vi får rask økning i antallet alvorlig syke som varer ved over tid. Dette arbeidet må videreføres i 2023.

Regjeringen vil forbedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers av forvaltningsnivå og fagområder. I helsefelleskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere. Sammen med representanter for brukere og fastleger skal kommuner og helseforetak planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå. Spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller gjennom ambulante tjenester.

I møtet med helsetjenesten skal pasientene oppleve åpenhet, respekt og medvirkning i valg av behandling og hvordan denne gjennomføres. Samvalg og mulighet for bruk av samvalgsverktøy skal legge til rette for mestring og aktiv deltagelse fra pasienten. Pårørende skal involveres der det er relevant, og deres kunnskap og erfaringer skal anerkjennes og benyttes i pasientforløpene. God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er grunnleggende i alle pasientmøter og innebærer også bruk av tolketjenester når det er behov for det. Etniske minoriteter skal ivaretas og helsepersonellens kulturelle kompetanse skal styrkes slik at dette understøtter målet om likeverdige helsetjenester for alle. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres gjennom hele pasientforløpet. Helse Nord RHF har, i nært samarbeid med Sametinget og de tre andre regionale helseforetakene, utviklet strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen (2020). Arbeidet skal følges opp gjennom 4-årige tiltaksplaner med formål å sikre kvalitet og utvikle kompetanse om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaket skal tilrettelegge for forskning, innovasjon, kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid, et godt og trygt arbeidsmiljø og kompetanseutvikling hos personell. Dette bidrar til å nå målet om en bærekraftig og robust helse- og omsorgstjeneste av høy kvalitet for alle. Helseforetaket skal sørge for et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene, og forskning og innovasjon skal understøtte dette arbeidet. Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen. Utvikling av ny teknologi og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid er sentralt for å skape en bærekraftig helsetjeneste. I denne sammenheng skal det legges til rette for helsetjenesteforskning og nye måter helsetjenester kan leveres på. Samarbeid med utdanningssektoren er viktig for kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten, og støtter opp om arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell.

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

Andre overordnede føringer:

- Regional utviklingsplan 2023–2038, styresak 179-2022
- Helse Nords Strategi Helse Nord RHF 2021–2024, styresak 10-2021
- Økonomisk langtidsplan og investeringsplan, styresak 87-2023
- Budsjett 2024, foretaksgruppen – ramme og føringer, styresak XX-2023
- Oppfølging av foretaksmøte 6.12.2022:
 - *Sørge for robuste styrings- og rapporteringssystem i alle ledd i helseforetaket, med en egnet fullmaktstruktur. Det bes særskilt om at det etableres robuste styringssystem for rapportering av økonomiske effekter av besluttede konkrete omstillingstiltak på månedlig basis, som sikrer at helseforetakene rapporterer forutsigbar informasjon til eget styre og til Helse Nord RHF. Rapportering skal skje i tråd med felles mal fra Helse Nord RHF.*
 - *Bidra i arbeidet med funksjons- og oppgavedeling etter nærmere avtale, og gjennomføre de endringer som styret i Helse Nord RHF vedtar.*
- Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet omfatter hele foretaksgruppen. Helseforetakene skal aktivt tilslutte seg arbeidet som gjennomføres i regi av Helhetlig informasjonssikkerhet fase 2 (HIS2) og bære de økonomiske konsekvensene som følger av prosjektet, jf. styresak 172-2021.

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

- NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2.
- Meld St. 40 (2020–2021) Mål med mening. Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030, jf. mål 3 Sikre god helse og livskvalitet for alle, uansett alder.
- Regjeringens strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien (av 5. april 2022).
- Strategi for persontilpasset medisin.
- Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – interregional rapport 2023–2026.
- Meld St. 6 (2022-2023). Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap - Statens direkte eierskap i selskaper (Eierskapsmeldingen).

Helseforetakene skal også legge regionalt førende styresaker/dokumenter til grunn:

1. Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - rapport med tiltaksplaner 2022–2026, styresak 44-2022.

2. Styresak 87-2022 Målbilde og strategisk utvikling for felleseide helseforetak, se vedlegg om målbilde for Sykehusinnkjøp HF; innføring av ny styringsmodell¹ for anskaffelser.
3. Styresak 98-2022 Regional beredskapsplan for Helse Nord, revisjon.
4. Styresak 99-2022 Strategi for prehospitale tjenester i Helse Nord 2022–2026.
5. Styresak 180–2022 Helse Nord RHF's strategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2023-2027.
6. Styresak 26-2021 Fremtidens Systemer i Klinikkene (FRESK) Tertialrapport – 3. tertial 2020 om systematikk for gevinstrealisering av nytteverdi av innføring av FRESK².

Styrene i helseforetakene skal behandle alle rapporter fra Riksrevisjonen, Helsetilsynet og internrevisjonen i Helse Nord RHF som gjelder foretaket, og vedta plan for oppfølging av disse.

Regionalt førende dokumenter som vedtas i løpet av året vil innarbeides i forbindelse med foretaksmøter.

vedlegg til RBU-sak 83-2023

¹ Se også AD-møte sak 88-2022: Styringsmodell for nasjonale og flerregionale anskaffelser

² Se også programstyre FRESK, sak 3/2021

2.1 Fremtidens Helse Nord

Kommentert [ST2]: (tekst fra OD HF 2023 – må oppdateres)

Helse Nords regionale utviklingsplan 2023–2038 tar utgangspunkt i at befolkningen i Nord-Norge går ned, tilgangen til kvalifisert personell blir mindre, kombinert med at dagens økonomiske rammer vil innsnevres ytterligere. Faglige krav til kvalitet og forsvarlighet og medisinsk faglig utvikling med økt spesialisering og kostbart medisinsk-teknisk utstyr gjør det nødvendig med endringer. Det medfører at organisasjonen må tenke nytt for å sikre bærekraft til å løse nåværende og fremtidige behov for et likeverdig helsetilbud.

Det er nødvendig å skape mer helse for mindre ressurser for et likeverdig pasienttilbud. Begrenset tilgang til kvalifisert helsepersonell tvinger frem omstilling i måten tjenester leveres på og skaper nye samarbeidsformer. For å opprettholde et likeverdig tilbud til befolkningen må helseforetakene for eksempel fortsatt øke tilbudet av digitale tjenester.

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal være basert på nasjonale helsefaglige retningslinjer og veiledere, data fra kvalitetsregister med tilfredsstillende dekningsgrad, klinisk forskning og medvirkning fra pasient og pårørende. Helse Nord RHF ber helseforetakene ta utgangspunkt i SKDEs³ utvalgte indikatorer fra Helseatlas for kvalitet, og iverksette arbeid for å forbedre måloppnåelsen samt gi Helse Nord RHF tilbakemelding om forbedringsarbeidet i årlig melding. Det vises i tillegg til styringsparametrene i kapittel XX, herunder kreftpakkeforløp.

Prinsippene for prioritering⁴ skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

Helse Nords plassering og geografi setter oss i en sentral, men utsatt posisjon i nordområdene. Helse Nord RHF skal derfor ha en nøkkelrolle i arbeidet med helhetlig beredskap i nært samarbeid med andre sentrale samfunnsinstitusjoner.

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

³ Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI hjerteinfarkt
Andel behandlet med trombolyse ved hjerneslag
Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag
Operasjon innen 48 timer etter hoftebrudd
Sementert lårbensprotese ved hoftebrudd for pasienter > 70 år
Andel med HbA1C > 75 mmol/mol hos voksne med diabetes
Resultater på sykehusnivå for disse indikatorer publiseres på nettsiden skde.no/kvalitetsregistre.

⁴ Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

helsesamarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Barentsregionen.

Foretaksgruppen er i en særlig krevende situasjon i 2023, og må gjennomføre vesentlige omstillinger for å sikre bærekraftig drift både på kort og lang sikt. Styret i Helse Nord RHF har vedtatt et omstillingsarbeid for 2023 som skal redusere kostnader til anskaffelser, innleie av helsepersonell og egen bemanning, og rapportere månedlig til HOD på konkrete tiltak som skal bidra til en bærekraftig økonomisk utvikling. Behovet for samarbeid, involvering og medvirkning øker under krevende omstillingsperioder, og derfor understrekes viktigheten av god involvering, medvirkning og forankring i foretaksgruppen.

Helse Nord RHF har i tillegg fått i oppdrag å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge-for-ansvar på lang sikt. Helse Nord RHF skal rapportere månedlig på konkrete tiltak som skal bidra til en bærekraftig økonomisk utvikling.

Det legges til grunn at foretakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetaket. Bærekraftig ressursbruk skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Dette gjelder økonomi, miljø og disponering av personell. For å kunne vurdere risiko for måloppnåelse i Oppdragsdokument 2023 er det viktig at tillitsvalgte og vernetjeneren på riktig nivå inviteres tidlig inn i helseforetakenes arbeid med Oppdragsdokument 2023.

2.2 Oppfølging av styringsbudskap

Flere av oppdragene som er gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller til Helse Nord RHF må gjennomføres på regionalt nivå og omtales ikke i dette dokumentet. Det forutsettes likevel at helseforetakene medvirker og/eller tar del i oppfølgingen når det er nødvendig. Helse Nord RHF vil i så fall komme tilbake med nærmere informasjon om medvirkning/oppfølging for det enkelte oppdrag. Det må også påregnes behov for bistand i oppgaver og avklaringer som ikke er gitt som krav i årets oppdragsdokument, men som Helse Nord RHF pålegges underveis i året.

Enkelte styringsbudskap fra tidligere års oppdragsdokumenter vil fremdeles kreve innsats og bli gjenstand for oppfølging uten at de er spesielt omtalt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som blir betraktet som systemkrav og som det er forventet er en del av virksomhetsstyringen, samt krav og oppdrag som ikke er gjennomført som forutsatt tidligere år. Selv om det ikke stilles et krav til rapportering for disse områdene, vil status for arbeidet kunne bli etterspurt av det regionale helseforetaket.

Helseforetakene skal bidra med faglige ressurser i regionale og nasjonale prosjekter og arbeidsgrupper. Foretaksgruppen skal som hovedregel tilstrebe seks måneders

planleggingshorisont i sitt arbeid. Dette gjelder særlig for anmodning om deltakelse fra klinisk personell. Kostnader ved deltakelse dekkes av det enkelte helseforetak.

I Styringskrav og rammer 2024 er det lagt vekt på at styringsbudskapet skal fremstilles samlet, slik at oppfølging og rapportering blir så oversiktlig som mulig.

Helse Nord RHF vil følge opp:

- styringskrav under Mål 2024 i de faste oppfølgingsmøtene med helseforetaket.
- styringskrav under Oppdrag 2024 vil bli fulgt opp ved behov.

Styret og ledelsen i helseforetaket har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene, se også oppdrag i kapittel XX.

Det må påregnes at det i løpet av året vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt i foretaksmøter for helseforetakene eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert. Disse styringsbudskapene må likevel integreres i styrings- og rapporteringssystemene. I juni vil det ved behov bli utarbeidet et tilleggsdokument til styringskrav og rammer. I dette dokumentet vil nye styringsbudskap og endring i rammer fra Helse Nord RHF bli tatt inn.

Se også kapittel XX om rapportering

vedlegg til RBU-sak 83-2023

3 Hovedmål 1: Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Kommentert [ST3]: (i hovedsak tekst fra 2023 OD HOD må oppdateres)

Psykisk helse er like viktig som fysisk helse. Helseforetaket skal bidra til at mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får gode og likeverdige tjenester uavhengig av geografi. Kvalitet og utfall av behandling skal vektlegges. Regjeringen har oppnevnt et ekspertutvalg som skal utrede en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern. Målet er å forbedre kvaliteten i behandlingen og bidra til at pasientene kommer raskere til riktig behandling.

Regjeringen vil styrke tilbudet innen psykisk helse, fra de brede helsefremmende og forebyggende tiltakene, via lavterskeltilbud i kommunene, til det spesialiserte behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Det skal legges fram en ny opptrappingsplan for psykisk helse i 2023.

Innen psykisk helsevern trengs en særlig innsats for å styrke tilbudet til barn og unge og mennesker med alvorlige og sammensatte lidelser. Ordningen med å tilby vurderingssamtale til alle som henvises til psykisk helsevern barn og unge videreføres i 2023. Dette innebærer at det som hovedregel ikke gis avslag basert på kun skriftlig henvisning. Målet er riktig pasient til riktig sted og til riktig tid. Dette krever samarbeid med kommunen slik at de som ikke trenger spesialisthelsetjenester, får oppfølging i kommunen ved behov.

For å styrke tilbudet til de med alvorlige og sammensatte lidelser må det legges til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelse og fremme frivillige behandlingsalternativ når det er mulig og faglig forsvarlig. Tverrfaglige oppsøkende team som ACT og FACT-team bør etableres der det er befolkningsmessig grunnlag for det. I tråd med Hurdalsplattformen og de regionale helseforetakenes egne framskrivinger er det behov for å styrke døgnkapasiteten i psykisk helsevern.

Helsesatsingen i barnevernet videreføres. Fra 2023 implementeres utvidet Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus (tidligere «pakkeforløp»). Det er tidligere gitt oppdrag om at det i samarbeid med Bufetat skal etableres flere tverrfaglige kartleggingsteam for barn som plasseres utenfor hjemmet. Slik etablering videreføres i 2023.

Pasientene skal inkluderes i nasjonale pasientforløp basert på deres behov. Helsedirektoratet skal tilpasse forløpene enda bedre til brukergruppenes behov og forenkle forløpsarbeidet for helsetjenesten.

Mål knyttet til ventetider, pasientforløp og epikrise for psykisk helsevern og TSB er lagt til Hovedmål 3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp.

Mål 2024:

Kvalitative (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Kommentert [ST4]: Fra 2023 – skal oppdateres

- Styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper.
- Økt bruk av frivillige behandlingsalternativer i psykisk helsevern i de tilfeller hvor dette er forsvarlig og tilrådelig, i samarbeid med pasienter, pårørende og kommunale tjenester.

Indikatorer (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

- Antall pasienter (per 100 000 innbyggere) med vedtak om tvangsmidler i psykisk helsevern for voksne skal reduseres.
- Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2023 sammenlignet med 2022, både innen døgntilrettelagt og poliklinisk aktivitet.

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Foretaksspesifikke oppdrag – HF:

Helse Nord RHF er gitt følgende oppdrag i 2024:

(sett inn oppdrag hvor det sannsynlig at vi helseforetakene kan bli involvert eller oppdrag som det er viktig helseforetakene av andre årsaker har kjennskap til)

Helseforetakene kan bli bedt om å bidra i arbeidet med disse oppdragene.

4 Hovedmål 2: Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

Norsk helsetjeneste skal være preget av åpenhet og tillit. De regionale helseforetakene skal bidra til at den offentlige helsetjenesten sørger for beredskap og trygghet i hverdagen, samt tilgang på helsehjelp av høy kvalitet ut fra behov. Det nasjonale arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet er sentralt, og de regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med å redusere og forebygge omfanget av pasientskader i sykehusene i tråd med Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og WHO's globale handlingsplan. Trygge ansatte og åpenhet om uønskede hendelser er sentralt for å lære av og forebygge pasientskader. Arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng skal videreutvikles.

Forskningsbasert kunnskap, pasient- og pårøndererfaringer, kvalitetsmålinger, uønskede hendelser og data fra helseatlas og helse- og kvalitetsregistre skal brukes aktivt i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, samt for å redusere uønsket variasjon.

Et helsetilbud i verdensklasse utvikles gjennom forskning og innovasjon i samarbeid med fagmiljøer i næringslivet og academia nasjonalt og internasjonalt. Økt bruk av helsedata i helseforskning skal vektlegges og det skal stimuleres til kliniske studier, helsetjenesteforskning, forskningsbaserte kvalitetsforbedringsprosjekter, innovasjon og næringslivssamarbeid. Offentlig finansiert forskning skal gjøres tilgjengelig og resultater fra studier skal rapporteres. I Nasjonal handlingsplan for kliniske studier er det uttrykt at klinisk forskning skal være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling. Oversikt over aktive kliniske studier på helsenorge.no skal være oppdatert og gi god informasjon til helsepersonell og pasienter. God og oppdatert informasjon til pasienter, pårørende og helsepersonell om aktive kliniske studier som er åpne for deltakelse gjør det lettere å finne fram i tilbud og bidrar til økt deltakelse.

De ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs. Systematisk arbeid med å rekruttere, utdanne og beholde helsepersonellet som arbeider i tjenesten, særlig innenfor psykisk helse, er viktig. Arbeidet med utdanning og kompetanse skal bidra til at de ansatte i norsk spesialisthelsetjeneste ligger i front faglig og dermed kan tilby gode og trygge tjenester i hele landet. Arbeidet skal ta utgangspunkt i regionale utviklingsplaner og tiltak som bidrar til å rekruttere, beholde og utvikle personell på kort og lang sikt skal iverksettes. Arbeidet med heltidskultur er en del av dette. Det skal legges til rette for kompetanseoppbygging i den ordinære virksomheten og desentraliserte tilbud skal utvikles. Utdanning av spesialister skal dekke behovene i regionen og redusere avhengighet av utenlandsk arbeidskraft. Det skal legges til rette for praksisplasser i grunnutdanningene og ABIOK- og jordmordutdanningene.

Helseregionene er blitt bedt om å øke intensivkapasiteten. Det er et mål at sykehusene får en kapasitet som takler naturlige variasjoner og en beredskap som gjør at sykehusene ved større kriser raskt kan skalere opp intensivkapasiteten. For å få dette til vil det blant annet være behov for kompetansehevede tiltak og nye opplæringstilbud slik det oppnås en fleksibilitet hvor flere sykehusansatte kan bidra på intensivavdelingene.

4.1 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2024:

Indikatorer (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

- Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2023 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2022, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.
- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. i 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Kommentert [ST6]: Tekst fra 2023 – må oppdateres

- Sykehusene skal videreføre antibiotikastyringsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team, jf. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2016-2020. Forbruket av bredspektrerte antibiotika skal holdes på samme nivå, eller lavere, enn i 2019 (målt i DDD/100 liggedøgn).

Oppdrag til alle foretak:

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Foretaksspesifikke oppdrag HF:

Helse Nord RHF er gitt følgende oppdrag i 2024:

(sett inn oppdrag hvor det sannsynlig at vi helseforetakene kan bli involvert eller oppdrag som det er viktig helseforetakene av andre årsaker har kjennskap til)

Helseforetakene kan bli bedt om å bidra i arbeidet med disse oppdragene.

4.2 Bemanning, ledelse og organisasjon

Regjeringen er opptatt av et godt og trygt arbeidsliv. Helseforetaket må arbeide systematisk med god ivaretagelse av sine medarbeidere, og planer for å rekruttere, beholde og utvikle personell. Det er viktig at det arbeides med tiltak som bidrar til et trygt og godt arbeidsmiljø. Helseforetaket må også videreføre arbeidet med inkludering og mangfold, både for å legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet.

Arbeidet med å utvikle heltidskultur og redusere deltid i helseforetakene skal videreføres. Det må arbeides med tiltak som reduserer innleie og følges nøye med på utfordringene knyttet til biervery. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene fortsette og forsterke arbeidet med å utvikle heltidskultur i helseforetakene. Det skal rapporteres på utviklingen i tertialoppfølgingsmøtet i juni 2023.

Innleie av helsepersonell brukes i begrenset, men varierende grad i spesialisthelsetjenesten. Foretaksmøtet viste til at det er ønskelig å begrense dette og at det må arbeides videre med tiltak som kan redusere innleie som del av bemanningsbehovet. Bruk av fast ansatte er kostnadsbesparende og legger bedre til rette for kvalitetsutvikling og planlegging. De regionale helseforetakene er bedt om å foreta en kritisk gjennomgang av behov for innleie i foretaksgruppen med sikte på reduksjon i omfanget. Det skal rapporteres på utviklingen i tertialoppfølgingsmøtet i juni 2023.

Mål 2024:

Indikatorer (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

- Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2023 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2022, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.
- Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK), samt jordmødre skal økes sammenliknet med 2022.
- Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget skal økes sammenliknet med 2022.
- Antall LIS i psykiatri skal økes sammenliknet med 2022.

Oppdrag til alle:

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Foretaksspesifikke oppdrag HF:

Helse Nord RHF er gitt følgende oppdrag i 2024:

(sett inn oppdrag hvor det sannsynlig at vi helseforetakene kan bli involvert eller oppdrag som det er viktig helseforetakene av andre årsaker har kjennskap til)

Helseforetakene kan bli bedt om å bidra i arbeidet med disse oppdragene.

5 Hovedmål 3: Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Rask tilgang til helsetjenester innebærer at pasienter skal oppleve å få riktig behandling i rett tid i alle ledd i helsetjenesten, og rask tilgang på nye behandlingsmetoder. System for nye metoder skal kontinuerlig utvikles for å bidra til rask innføring av trygge og kostnadseffektive behandlingsmetoder og til at metoder uten tilstrekkelig effekt kan fases ut.

Regjeringen avvikler godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg fra 2023, med en overgangsordning som varer ut 2023. Avviklingen skal ikke innebære en omprioritering av innsats mellom tjenesteområder, herunder psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og rehabilitering.

16

Kommentert [ST8]: (i hovedsak tekst fra 2023 OD HOD må oppdateres)

Regjeringen vil legge frem en stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester som omfatter responstider og en faglig standard for innholdet i ambulansetjenesten. Ambulanseberedskaper skal sikres, særlig der det er lange avstander til sykehus.

Ideelle sykehus skal inkluderes som likeverdige parter i plan- og utviklingsarbeid. Helseforetaket skal legge til rette for godt samarbeid om pasienter som trenger hjelp fra ulike deler av helsetjenesten, både innad i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nye arbeids- og samarbeidsformer, som digital hjemmeoppfølging, skal tas i bruk for å gi et mer tilpasset tjenestetilbud. Det skal arbeides med strukturer for å understøtte gode og sammenhengende pasientforløp, samt for distriktsmedisinske og lokalmedisinske sentre. Videre skal det samarbeides med kommuner om å utvikle intermediære tilbud og tilbud ved helsehus, slik at flere behandlingstilbud kan tilbys ute i kommunene, nær der folk bor.

Mål 2024:

Indikatorer (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

- Gjennomsnittlig ventetid skal ikke øke sammenliknet med 2022 for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikken, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.
- Regionen skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene.
- Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.
- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.
- Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.
- Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning innen somatikk, psykisk helsevern for voksne og TSB.

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Foretaksspesifikke oppdrag - HF:

Helse Nord RHF er gitt følgende oppdrag i 2023:

(sett inn oppdrag hvor det sannsynlig at vi helseforetakene kan bli involvert eller oppdrag som det er viktig helseforetakene av andre årsaker har kjennskap til)

Helseforetakene kan bli bedt om å bidra i arbeidet med disse oppdragene.

6 Øvrige krav og rammer for 2024

Kommentert [ST9]: (i hovedsak tekst fra 2023 FTP HOD må oppdateres, tekst og tabeller fra ØLP gjelder 2024)

6.1 Beredskap og sikkerhet

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for forebyggende sikkerhetstjeneste i egen sektor etter sikkerhetsloven. Det vises til felles arbeid mellom de regionale helseforetakene, Norsk helsenett SF og NSM knyttet til sikkerhetsloven, og videre til de utfordringene som krigen i Ukraina og konsekvensene av denne skaper knyttet til sikkerhet og beredskap i spesialisthelsetjenesten.

NOR EMT har vært på viktige internasjonale oppdrag de siste årene. Departementets evaluering og de regionale helseforetakenes har evaluert ordningen, og det er besluttet at NOR EMT skal være en permanent ordning fra 1. januar 2023.

Det er behov for videre koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og Forsvaret om beredskapsplaner, også basert på piloten som er gjort i Helse Nord.

Det er tidligere stilt krav til de regionale helseforetakene om å «etablere nasjonalt begrenset nett (NBN) for å kunne dele gradert informasjon». NBN (tekst og tale) skal etableres i underliggende helseforetak og utpekte virksomheter i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Norsk helsenett SF.

Det er etablert felles arbeid knyttet til sikkerhetsloven. Det er behov for å vurdere og iverksette tiltak for å styrke beskyttelsen av skjermingsverdige verdier for å opprettholde et forsvarlig sikkerhetsnivå.

De akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK), som del av sykehusenes prehospitale tjenester, mottar henvendelser fra befolkningen ved akutt sykdom og hendelser over medisinsk nødtelefon 113. AMKene besvarer disse henvendelsene og gir råd og veiledning til innringere og koordinerer ambulansetransporter. Det vises til hendelser som avdekker behov for å gjennomgå og styrke kompetansen og bemanningen i enkelte av AMKene.

Det følger av Helseberedskapsloven at den som har ansvaret for en tjeneste, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Gjennom håndteringen av covid-19-pandemien har de regionale helseforetakene fått flere oppdrag knyttet til oppbygging, dimensjonering og forvaltning av beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

I mai 2020 ble det presisert at de regionale helseforetakene ikke skulle bli økonomisk belastet eller oppnå økonomiske fordeler som følge av oppdrag om å bygge opp

beredskapslager. Arbeidet har derfor vært finansiert over statsbudsjettet gjennom bevilgninger på kap. 702, postene 22 og 71, og tilførsel av likviditet fra Helsedirektoratet. Fra 2023 legges det til grunn en tilbakevending til en todelt modell for beredskapslagring av legemidler, med avtalebasert beredskapslagring for spesialisthelsetjenesten og en forskriftsfestet beredskapsplikt for legemiddelgrossistene for legemidler i primærhelsetjenesten. For primærhelsetjenesten vises det til at departementet i oktober 2022 sendte forslag til innretning av legemiddelberedskapslager for primærhelsetjenesten på høring. Det legges videre til grunn at legemiddelberedskap i spesialisthelsetjenesten håndteres innenfor de regionale helseforetakenes ordinære rammer.

Oppdrag til alle foretak:

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Foretaksspesifikke oppdrag HF:

6.2 Samfunnsansvar og statens forventninger eierskapsmeldingen

Regjeringen sine forventninger til statlige selskap fremgår av Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap — Statens direkte eierskap i selskaper (eierskapsmeldingen) hvor regjeringens forventninger til statlige selskaper framgår. Hensynet til bærekraft i statens mål som eier er tydeliggjort og forsterket.

Staten er opptatt av at selskapene identifiserer risiko, muligheter og behov for omstilling av sin virksomhet som følge av Parisavtalens mål og integrerer dette i sine strategier. Det forventes at selskapene rapporterer på direkte og indirekte klimagassutslipp og klimarisiko, samt benytter anerkjente standarder for rapportering.

Det fremgår av eierskapsmeldingen at det er vesentlig at de statlig eide selskapene kan tilby konkurransedyktig godtgjørelse, slik at de får rekruttert og beholdt gode ledere. Lønnsvilkår er et sentralt virkemiddel for å rekruttere og beholde slik kompetanse. Staten forventer at godtgjørelsen til ledende ansatte er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper, samt at styret ivaretar hensynet til moderasjon ved fastsettelse og justering av godtgjørelsen. For å vurdere hva som er et konkurransedyktig, men ikke lønnsledende godtgjørelsesnivå, vil det normalt sees hen til forhold som erfaring, ansiennitet, kompetanse og lønnsbetingelser som er vanlige i tilsvarende selskaper. Moderasjonshensynet sammenholdt med forventningen om konkurransedyktig godtgjørelse innebærer at godtgjørelsen ikke skal være høyere enn nødvendig for å rekruttere og beholde ønsket kompetanse. Dersom ledende ansatte får høyere årlig justering i fastlønn enn gjennomsnittet for øvrige ansatte, er staten opptatt av at selskapet begrunner dette i selskapets lønnsrapport. Statens retningslinjer for

lederlønn ble oppdatert i tråd med eierskapsmeldingen med virkning fra 12. desember 2022.

Oppdrag til alle foretak:

6.3 IKT-utvikling og digitalisering

Regjeringen har som mål å utvikle rammebetingelsene og etablere digitale løsninger som understøtter en helhetlig samhandling mellom helsepersonell og mellom tjenestenivåene, og som styrker pasienter og innbyggers mulighet til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg. Teknologi og digitalisering er en forutsetning for utviklingen av vår felles helse- og omsorgstjeneste på en bærekraftig måte. Regjeringen vil presentere den helhetlige digitaliseringspolitikken i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Digitaliseringsarbeidet skal ha en stegvis tilnærming for å redusere risiko og kompleksitet, samt legge til rette for en raskere realisering av gevinster for helsepersonell og innbyggere. Igangsatte nasjonale tiltak skal fullføres for å få ut effektene av investeringene. Det er etablert en god struktur for samarbeid, erfaringsdeling og samhandling, som styrker det interregionale samarbeidet. De regionale helseforetakene har arbeidet målrettet med innføring av journal- og kurvesystemer, jf. Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2022.

Som en del av felles plan 2023 skal behov og tiltak for en mer effektiv samhandling med primærhelsetjenesten, herunder hvordan helsefelleskapene kan bidra for å understøtte dette, beskrives.

Foretaksmøtet merket seg at alle de regionale helseforetakene rapporterer om god fremdrift i arbeidet med modernisering av sine journalløsninger og at Helse Midt-Norge RHF er kommet lengst med å ta i bruk felles standardisert språk og strukturert journal innen sentrale områder. De regionale helseforetakene er bedt om å prioritere aktiviteter knyttet til å få fremdrift i arbeid med pasientens legemiddelliste, dokumentdeling gjennom kjernejournal og pasientens prøvesvar, inkludert nødvendige tillitstjenester. Videre er de regionale helseforetakene bedt om å legge følgende til grunn i det videre arbeidet for bedre journal- og samhandlingsløsninger:

Digital samhandling og pasientens legemiddelliste

- legge til rette for trinnvis innføring av pasientens legemiddelliste fra 2023 og utarbeide en felles plan for videre utprøving og innføring i alle regioner. Arbeidet skal baseres på erfaringene fra utprøvingen i Helse Vest og Helseplattformen. Helse Vest RHF skal ha en lederrolle i arbeidet.
- oppdatere og gjennomføre planer for trinnvis innføring av dokumentdeling via kjernejournal i alle regioner. Helse Sør-Øst RHF skal ha en lederrolle i arbeidet. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.
- klargjøre for utprøving og forberede innføring av pasientens prøvesvar i egen region.

- bidra med nødvendige avklaringer med å legge til rette for enkel og sikker data- og dokumentdeling. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.

Bedre journalløsninger

- Helse Midt-Norge RHF skal dele læringspunkter fra arbeidet med Helseplattformen.

Digital hjemmeoppfølging

- bidra inn i arbeidet med målarkitektur for digital hjemmeoppfølging under ledelse av Direktoratet for e-helse. Helse Sør-Øst RHF skal samordne behov og krav for de regionale helseforetakene.

- følge opp planer beskrevet i Felles plan 2022 for innføring av strukturert journal og standardisert språk innen sentrale områder, basert på erfaringene fra Helseplattformen.

Oppdrag til alle foretak:

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH, HSYK) og HN IKT:

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Foretaksspesifikke oppdrag HF:

Foretaksspesifikke oppdrag HN IKT:

6.4 Informasjonssikkerhet og personvern

Riksrevisjonens revisjon av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer, jf. Dokument 3:2 (2020–2021) tydeliggjør behovet for å styrke arbeidet med digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Det er viktig at innbyggerne skal ha tillit til at opplysninger om helsen deres er tilgjengelig ved behov og blir behandlet på en trygg måte. Godt personvern, gode samhandlingsløsninger og god informasjonssikkerhet er forutsetninger for å ivareta dette. Tidligere er det stilt krav om informasjonssikkerhet, og til krav om å arbeide systematisk med innføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet.

Det vises til rapport fra NSM om «Nasjonalt digitalt risikobilde 2022» og de regionale helseforetakenes felles «Trusselvurdering 2022». De regionale helseforetakene er bedt om å legge rapportene til grunn i det videre arbeidet med digital sikkerhet og personvern.

Krigen i Ukraina skaper utfordringer knyttet til dataangrep og informasjonssikkerheten generelt, inkludert i spesialisthelsetjenesten. Krigen har ført til behov for å øke bevisstheten rundt kritisk infrastruktur og digital sikkerhet.

Det er tidligere gitt krav om å «utarbeide en årlig rapport i samarbeid med Norsk helsenett SF om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som spesialisthelsetjenesten kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger innen 1. juni hvert år. Erfaringer fra hendelser, penetrasjonstesting og portskanningstester vil være relevant.» Kravet endres nå noe, slik at det blir et mer egnet styrings- og beslutningsstøtteverktøy.

På vegne av Helse Nord RHF er Helse Nord IKT gitt oppgaven med å sikre at alle endringer i Helse Nord's IKT-infrastruktur er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet. Oppgaven utvides til å ikke bare gjelde endringer, men alle enheter som kjører i nettverk.

Oppdrag til alle foretak:

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH, HSYK) og HN IKT:

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Foretaksspesifikke oppdrag HF:

6.5 Bygg og eiendom

Oppdrag til alle foretak:

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Foretaksspesifikke oppdrag HF:

6.6 Oppfølgingen av Riksrevisjonens undersøkelser

Oppdrag til alle foretak:

Foretaksspesifikke oppdrag (FIN, UNN, NLSH og HSYK):

Foretaksspesifikke oppdrag HF:

6.7 Virksomhetsstyring

Oppdrag til alle foretak:

7 Tildeling av midler og krav til resultat og aktivitet

7.1 Økonomiske krav og rammer

Kommentert [ST10]: Oppdatert med vedtak i ØLP

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sørge for høy kvalitet i pasientbehandlingen.

De økte bevilgningene gjennom Prop. 19 (2022–2023) Endringer i statsbudsjettet 2022 under Helse- og omsorgsdepartementet bidro til å bedre de økonomiske resultatene for helseforetakene i 2022 og la til rette for å videreføre nødvendige investeringsplaner og å følge opp prioriterte grupper, som psykisk helsevern.

Den ekstraordinære prisveksten gjennom 2022 vil påvirke sykehusøkonomien også i 2023. God økonomisk styring og kontroll på alle nivå i helseforetaksgruppene er derfor spesielt viktig i perioden fremover.

Se vedlegg 1 for vedtatte planrammer (inntektsramme) og investeringsplan pr helseforetak, jf. styresak 87-2023 Økonomisk langtidsplan 2024-27.

Oppdrag til alle foretak:

Helseforetaket skal innrette sin virksomhet innenfor økonomiske rammer og krav som er gitt fra Helse Nord RHF i styringskravene og foretaksmøter, slik at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

De store pågående og planlagte investeringene i ØLP vil medføre en betydelig belastning på likviditetsreserven. For å gjennomføre planen må helseforetakene innfri økonomisk resultatkrav, overholde tildelte rammer i investeringsprosjektene, realisere planlagt nytteeffekt og omstillingsplaner, og tillegg fortløpende vurdere bygningsmasse og selge bygg og anlegg som det ikke er behov for.

Regnskapsmessig resultatkrav for 2024 er fastsatt til⁵:

Finnmarkssykehuset:	minst kr +10 mill.
UNN:	minst kr +40 mill.
Nordlandssykehuset:	minst kr +5 mill.
Helgelandssykehuset:	minst kr +47 mill.
Sykehusapotek Nord:	minst kr +1 mill.
Helse Nord IKT:	Minst økonomisk balanse (null)

⁵ Helseforetakenes resultatkrav skal sikre at midlertidige kostnadsreduksjoner knyttet til eksisterende bygg (reduksjon i avskrivningskostnader) ikke benyttes til permanent økning i kostnadsnivået. Når kostnader ved nye bygg påløper, reduseres resultatkravet. Deler av nye Hammerfest sykehus, i hovedsak kontorarealer og undervisningsarealer, kan tas i bruk i 2024. Dette vil medføre høyere driftskostnader knyttet til drift av to bygg. For å redusere risiko er resultatkravet til helseforetaket redusert i ØLP fra 24 mill. kroner til 10 mill. kroner for 2024. UNN skal realisere årlige resultater på 40 mill. kroner for å kunne opprettholde investeringsnivået. Nordlandssykehuset har et årlig resultatkrav på 5 mill. kroner som er begrunnet med behov for buffer i økonomien. Helgelandssykehusets resultatkrav foreslås økt i tråd med reduserte avskrivninger fra åpningsbalansen og reduserte utredningskostnader. Resultatkrav for Sykehusapotek Nord videreføres med 1 mill. kroner begrunnet med overskuddskrav til publikumsavdelingen/behov for buffer i økonomien.

Budsjettert resultat for 2024 skal ikke benyttes til investeringer i 2024 uten etter avtale med Helse Nord RHF.

Likviditet og investeringer

Investeringsplanen er prioritert og besluttet på bakgrunn av en vurdering av foretaksgruppens helhetlige risikobilde. Før investeringer gjennomføres skal det gjøres beslutninger i henhold til konsernbestemmelser for investeringer. Helseforetaket skal vurdere om foretaket har likviditet til investeringsutbetalingene og driftsøkonomi til å dekke merkostnader som følge av investeringene, innenfor fastsatt resultatkrav.

Omstillingsutfordringer og planer for realisering av nytteeffekter skal tydeliggjøres når styrene for helseforetakene behandler større enkeltprosjekt. Dette for å sikre at alle er kjent med innhold og omfang av omstillingsbehovene og konsekvensene for driften av helseforetaket og eventuelt andre helseforetak.

I investeringsplanen disponeres kun likviditet av sentralt overskudd, jf. avsnitt 2.3.1. Når helseforetakene leverer overskudd i tråd med resultatkravene kan de be om å øke investeringsrammen tilsvarende.

Utbetalingene skjer xxx i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv. vil bli utbetalt i sin helhet i januar 2024.

Helse Nord RHF skal forespørres i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.

7.2 Aktivitet

Aktivitetsmål 2024 (FIN, UNN, NLSH og HSYK)

Sykehusforetakene skal i 2024 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetsforutsetningene fra Helse Nord RHF. En oversikt over de detaljerte målene er tatt inn i vedlegg 2.

Kommentert [ST11]: Arbeides videre med hvilke aktivitetsmål som skal settes i styringskrav

Aktivitet 2024	FIN	UNN	NLSH	HSYK
ISF-poeng Somatikk ⁶				
ISF-poeng VOP				
ISF-poeng BUP				
ISF-poeng TSB				
Sum ISF				
Antall utskrivninger døgnbehandling Somatikk				

⁶ (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til sørge-for-ansvaret

Antall liggedøgn døgntbehandling Somatikk				
Antall oppholds dager dagbehandling Somatikk				
Antall utskrivninger døgntbehandling VOP				
Antall liggedøgn døgntbehandling VOP				
Antall utskrivninger døgntbehandling BUP				
Antall liggedøgn døgntbehandling BUP				
Antall utskrivninger døgntbehandling TSB				
Antall liggedøgn døgntbehandling TSB				
Antall inntektsgivende polikliniske opphold - Somatikk				
Antall inntektsgivende polikliniske opphold - VOP				
Antall inntektsgivende polikliniske opphold - BUP				
Antall inntektsgivende polikliniske opphold TSB				
Andel telefon- og videokonsultasjoner på 15 %				

8 Rapportering

Alle krav for 2024 skal rapporteres i tråd med egen mal for tertialrapport se vedlegg 3 og årlig melding. Indikatorer rapporteres som beskrevet i tabell 1. Se kapittel XX for oppfølging underveis i året.

I årlig melding 2024 skal det som hovedregel rapporteres på alle styringsbudskap under overskriftene **Mål 2024 og Oppdrag 2024**. Årlig melding skal også omfatte styringsbudskap som er gitt i løpet av året i foretaksmøter og eventuelt tilleggsdokument til styringskrav og rammer. Der måloppnåelsen ikke er tilfredsstillende, skal årlig melding inneholde oversikt over tiltak som er iverksatt for å bedre måloppnåelse og forventet tid for full måloppnåelse. Det vil mot slutten av året bli utarbeidet egen mal for årlig melding, der de endelige rapporteringskravene vil fremkomme.

Der det er mulig skal data til rapportering hentes fra virksomhetsportalen Helse Nord LIS.

Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorne som helsedirektoratet publiserer og å iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene.

Helseforetakene skal til 1. tertial rapportere i henhold til vedlagte mal for tertialrapport, jf vedlegg xx. Helseforetaket skal også risikovurdere utvalgte mål og oppdrag. Disse er også angitt i mal for tertialrapport. Se tabell 2 for oversikt over rapporteringsrutiner og frister.

Tabell 1. Mål 2024. Datakilder og publiseringsfrekvens.

Kommentert [ST12]: Tabell skal oppdateres

Indikator	Mål 2023	Datakilde	Publiseringsfrekvens
1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Antall pasienter (per 100 000 innbyggere) med vedtak om tvangsmidler i psykisk helsevern. Statistikken måler pasienter per 100 000 innbyggere 16 år og eldre.	Skal reduseres	Helsedirektoratet	Årlig
2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Antall nye kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2023	Økt med minst 15 % sammenliknet med 2022.	Nasjonalt målesystem for forskning i helseforetakene, NIFU	Årlig
Antall utdanningsstillinger for ABIOK-sykepleie og jordmødre	Økes sammenliknet med 2022	De regionale helseforetakenes HR-systemer	Årlig
Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget	Økes sammenliknet med 2022	De regionale helseforetakenes HR-systemer	Årlig
Antall LIS i psykiatri	Økes sammenliknet med 2022	Helsedirektoratet	Årlig
Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT.	Redusert til 10 % i 2023.	Helsedirektoratet	Årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus, målt i DDD/100 liggedøgn. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).	På samme nivå som eller lavere enn i 2019	Sykehusenes legemiddelstatistikk/Helsedirektoratet	Tertialvis
3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp			
Gjennomsnittlig ventetid	Skal ikke øke sammenliknet med 2022. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikken, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35	Helsedirektoratet	Månedlig

	dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.		
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Skal overholde minst 95 % av avtalene.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon.	Minst 15 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid ¹ .	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	Minst 80 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern for voksne og TSB.	Minst 70 %	Helsedirektoratet	Tertialvis

Tabell 1 Oversikt over rapporteringsrutiner og frister:

Rapportering	Innhold	Frister
Månedlig	Virksomhetsrapport i tråd med mal.	Månedregnskap skal være avsluttet innen fem virkedager i påfølgende måned. ØBAK og virksomhetsrapport skal oversendes RHF senest fire virkedager etter regnskapsavslutning.
Tertialrapport	Felles mal for tertialrapport, vedlegg xx.	Administrativt utarbeidet tertialrapport: xx. mai 2024 xx. september 2024 NB: Fullstendig ØBAK og virksomhetsrapport sendes fire virkedager etter regnskapsavslutning. Styrebehandlet tertialrapport (styrevedtak): xx. juni 2024 xx. oktober 2024

Årlig melding	Felles mal for årlig melding ettersendes. Økonomidelen tas ut av årlig melding, leveres som ordinær virksomhetsrapport.	Administrativt behandlet årlig melding: XX. februar 2025 Styrebehandlet årlig melding (styrevedtak): før styremøte Helse Nord RHF i mars 2025
Årsregnskap	Minst 5 dager før utsending av saksfremlegg for styrebehandling av årsregnskap, sendes fullstendig årsregnskap med noter og styrets årsberetning (ikke ordinær årsmelding) til Helse Nord RHF for gjennomgang.	Styrebehandling av årsregnskap for 2024: Før styremøte Helse Nord RHF i mars 2025

Kunnskapsdepartementets kandidatmål for praksisplasser finnes på www.regjeringen.no/contentassets/31af8e2c3a224ac2829e48cc91d89083/orientering-om-statsbudsjettet-2023-for-universitet-og-hogskular-etter-vedtak-i-stortinget-14.12.22.pdf

vedlegg til RBU-sak 83-2023

Vedlegg 1. Detaljert økonomitabell – Investeringsplan og planrammer (inntektsrammer) – jf. styresak 87-2023

Investeringsplan - Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstillelse og byggeleisecenter	Sum tidligere år	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	Sum inkl tidligere år
Finmarkssykehuset												
Helikopterlandingsplass Kirkenes				34 000	20 000							54 000
Nye Hammerfest sykehus P50, eksklusive universitetsarealer	983 000	500 000	632 000		225 000							2 320 000
Nye Hammerfest sykehus, universitetsarealer	50 000	100 000	50 000									200 000
Nye Hammerfest sykehus, helikopterlandingsplass		22 600	72 800									95 400
Operasjonssusie Alta		15 000										15 000
Tarmscreening		4 500										4 500
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		45 000	45 000	45 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	45 000	45 000	450 000
Sum Finmarkssykehuset		682 500	784 300	304 000	70 000	50 000	50 000	45 000	45 000	45 000	45 000	
UNN												
Nye Narvik sykehus P50	997 000	723 000	639 000	428 000								2 787 000
UNN psykisk helsevern Tromsø P50							50 000	700 000	700 000	300 000	150 000	1 900 000
Regionale sikkerhetsplasser			24 000									24 000
Tarmscreening		8 300										8 300
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		275 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	180 000	180 000	180 000	180 000	1 800 000
Sum UNN		998 000	847 300	652 000	200 000	200 000	250 000	880 000	880 000	480 000	330 000	
Nordlandssykehuset												
Stølemaskin		20 000	20 000									40 000
Bioteknologi - NPFT	1 200	2 400										3 600
Landingsplass Bodø			20 000									20 000
Fagplan TSB		10 200										10 200
Tarmscreening		8 100										8 100
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	100 000	90 000	90 000	90 000	90 000	900 000
Sum Nord		112 600	128 100	80 000	80 000	80 000	100 000	90 000	90 000	90 000	90 000	
Helgelandssykehuset												
Utvikling av Helgelandssykehuset P50	20 000	0	0	0	0	70 000	400 000	700 000	760 000	50 000		2 100 000
Renovering Sandnessjøen				60 000								60 000
Tarmscreening		3 700										3 700
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		70 000	60 000	50 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	45 000	45 000	450 000
Sum Helgelandssykehuset		70 000	63 700	110 000	50 000	120 000	490 000	745 000	805 000	95 000	450 000	
Helse Nord IKT												
Vedtatte prosjekter		85 600										85 600
Til HF-styrets disposisjon		84 400	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	1 000 000
Sum Helse Nord IKT		170 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	105 000	
Sykehusapotek Nord												
Utstyr/areal		7 000	10 000	3 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Løkker i nye sykehus			7 000	8 000			15 000					32 000
Sykehusapotek Nord		7 000	17 000	11 000	2 000	2 000	17 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
Helse Nord RHF												
FRESK	488 100	130 000	15 100	0								613 200
Felles regionale IKT-prosjekt/Digitale innbyggertjenester	395 400	45 550	30 400	4 500	7 700	0	0	20 000	30 000	30 000	50 000	553 700
IKT investeringer		29 700	190 800	177 700	90 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	738 200
IKT investeringer, ubrukte rammer tidligere år			250 000	80 000	0	0	0	0	0	0	0	330 000
Infrastruktur IKT UNN Narvik				17 000								17 000
Infrastruktur IKT FRS Hammerfest				18 000								18 000
Utlin fellestide HF				30 000								30 000
Tarmscreening			800									800
UNN psykisk helsevern UNN Ålgård utbedring			50 000	125 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	775 000
Renovering operasjonsstuer UNN Breivika			50 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	200 000
Finmarkssykehuset Hammerfest PBS		0	0	0	262 000							262 000
UNN Narvik PBS			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Helgelandssykehuset utvikling PBS			0	0	0	0	0	400 000	100 000			500 000
Påkostning (standardheving) eksisterende anlegg			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Usikkerhet sikkerhetsprosjekt			50 000									50 000
Usikkerhet strategiske prosjekter i konseptfase			0	0	0	50 000	50 000	500 000	500 000	500 000	200 000	1 000 000
Usikkerhet nye strategiske prosjekter			0	0	0	50 000	50 000	500 000	500 000	500 000	200 000	1 350 000
Sum Helse Nord RHF		175 500	326 000	298 200	744 400	290 000	130 000	1 030 000	1 180 000	580 000	300 000	
Sum investeringsplan		2 215 750	2 271 400	3 210 400	1 261 400	847 000	1 102 000	2 897 000	3 107 000	1 397 000	917 000	

Tabell 10 - Investeringsplan 2022-2031. Tall i tusen kroner.

Kommentert [ST13]: Ktrl oktober om det er gjort endringer

vedlegg til RBU-sak 83-2023

Basissamme 2024	RHF	Styrets disp.	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum basissamme 2023 vedtatt budsjett	1 786 521	334 643	1 999 470	6 337 032	3 920 888	1 735 521	16 114 074
Oppdatering nasjonal inntektsmodell		-100 000					-100 000
Forventet realvekst		160 000					160 000
Viderført tilleggsbevilling RN8 2023		10 700	46 555	114 127	78 262	40 056	309 700
Avslutning prosjekter RHF	-11 000	11 000					0
Prisjustering		15 000					15 000
Styrking HF		-80 000	8 343	20 483	14 025	7 179	0
Samvåkkoordinatør 2021-2023		-1 500	-500		-500	-500	0
Persontilpasset medisin		-5 660		5 660			0
Medisinerstudentplasser (praksisundervisning)		-20 000		20 000			0
Inntektsmodell somatisk			-2 016	-5 421	4 453	2 984	0
Inntektsmodell psykisk helse			2 360	-1 445	-7 419	5 005	0
Regionale sikkerhetsplasser psykisk helsevern, etablering UNN, innføring i inntektsmodell		-18 100	1 459	18 369	-3 227	1 489	0
Inntektsmodell TSB			299	-5 612	11 246	-5 933	0
Ikkev. TSB innføring i inntektsmodell			-293	1 439	-677	-371	0
Kvalitetsregister BUP			-800	800			0
Kjønnsminkogruens			-500	500			0
Økte kostnader luftambulans		30 000	-30 000				0
Innovasjonsprosjekter rettet mot omstilling		5 000	-5 000				0
Forskningsmidler, trekkes tilbake for senere fordeling		35 000		-31 000	-4 000		0
Sum basissamme 2024, per juni 2023	1 845 521	322 793	2 056 188	6 474 892	4 013 051	1 786 330	16 498 775

Kommentert [ST14]: Oppdateres etter behandling av budsjett foretaksgruppen i oktober 2023

Børsk ramme	RHF	Styrets disp.	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sykestuer Finmark			11 000				11 000
Kvalitetsregister i estimat, endelig fordeling i oppdragsdokument	40 915						40 915
Nasjonalt senter for e-helseforskning				42 600			42 600
Medisinsk undersøkelse barnehus				2 393	2 308		4 700
Bedre psykisk helsehjelp i barnevernet, pilot Bodo					7 250		7 250
Landsdekkende modell for rettspåk				600			600
Barnepalilativt team				2 158	1 393		3 551
Dagplass og sferestyrelse BUP				3 000			3 000
USI-stillinger			11 706	20 484	14 632	8 779	55 601
USI-stillinger fra 1. sept 22				3 110	4 665	1 546	9 321
Tilskudd til turnustjeneste i estimat, fordeles oppdragsdokument	113		943	2 438	2 007		6 520
Helikopter Kirkenes	55 092		8 508				63 600
Fellesoperert nedingshelikopterbase Tromsø og Svalbard				10 200			10 200
Landingsplass Hammerfest (investeringstilskudd)			72 000				72 000
Endringer i biotekloven			238	3 567	396		4 200
Tverrfaglig helsebattifølgning				2 800			2 800
Tarmskreftscreening			1 200	2 700	2 800	1 200	7 900
Sum øvrig ramme 2024, per juni 2023	96 120		105 594	96 049	30 622	12 751	345 565

Resultatbasert finansiering	RHF	Styrets disp.	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Oppdatert fordeling 2023			11 694	29 751	19 987	9 298	70 730
Sum resultatbasert finansiering 2024, per juni 2023			11 694	29 751	19 987	9 298	70 730

Børsmarked tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp.	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikasistens				7 634			7 634
Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsmeds.	2 675						2 675
Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 672			2 672
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus			4 503				4 503
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				3 235			3 235
Utdelt Nasjonale tjenester							
Døvblinde sentre	48 710			8 771			57 481
Sum Nasjonale tjenester 2024, per juni 2023	51 385		4 503	22 612			78 500

Børsmarked tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp.	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskningsmidler, ikke fordelt	82 500						82 500
Sum børsmarked forskning 2024, per juni 2023	82 500						82 500

Tabell 11 Totale inntektsrammer for foretakene i Helse Nord for 2024. Tall i tusen kroner.

Basisrammen fordeles mellom fagområdene slik:

Basisramme fordelt på formål 2024 (tall i 1000 kr)

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF		Totalsum
Ambulanse	209 545	368 232	258 485	160 682	570 157		1 567 101
Pasientreiser	288 060	238 343	283 199	164 260	32 557		1 006 419
Psykisk helse	345 400	1 160 939	913 263	315 279	115 915		2 850 796
TSB (rus)	30 750	165 115	67 595	32 471	156 562		452 493
Somatikk	995 249	3 873 423	2 044 675	986 008	789 893		8 689 247
Overgangsordninger	34 179	270 729	89 349	28 368			422 626
Kapital	153 006	398 110	356 485	99 263	131 917		1 138 780
Felleskostnader/adm					371 313		371 313
Totalsum	2 056 189	6 474 892	4 013 051	1 786 330	2 168 312		16 498 775

Tabell 12 – Basisramme 2024 fordelt på formål. Tall i 1000 kroner.

Vedlegg til RBU-sak 83-2023

Vedlegg 2. Detaljert aktivitetstabell

Vedlegg 3. Mal for tertialrapportering

vedlegg til RBU-sak 83-2023

Helse Nord RHF
Helse Nord RHF, Fakturamottak, Postboks 3230
8038 BODØ

Deres ref.:
2023/190-40

Vår ref.:
2021/1623-3

Saksbehandler/dir.tlf.:
Henrik Ånes Skaret /

Dato:
25.09.2023

Innspill til oppdragsdokument 2024 - Brukerutvalg og ungdomsråd

På vegne av brukerutvalget ved Helgelandssykehuset fremmes følgende innspill:

- 1. Pakkeforløp kreft:

Brukerutvalget ved Helgelandssykehuset ønsker at ordningen for pakkeforløp for kreft gjennomgås i regionen. Det må være god samhandling mellom organisasjonene og flaskehalsene mellom foretakene må reduseres. I tillegg etterlyses en bedre kontakt med en behandler eller et helsepersonell som pasienten eller de pårørende kan kontakte ved spørsmål i en sårbar tid.

- 2. Intermediære døgnseger

Sykehusene har en viktig støttefunksjon ifht. Regionene som rammes av omstillingen. Sykehusene må ta sin del av ansvaret for å opprettholde tjenestene og samhandle om å etablere forsvarlige kommunale akutte døgnseger. Dette vil bli særlig viktig for pasientene dersom helsetilbudene skal sentraliseres. Helgelandssykehuset og sykehusene i regionen burde jobbe med å sikre at kommuner og foretak kan ivareta pasienter nært deres hjem, eksempelvis ved å samhandle om intermediære seger. Et slikt tilbud har vært etterspurt på søndre Helgeland over tid.

- 3. Sykehusene i Helse Nord burde ha fokus på de svakerestilte pasientene som ikke nødvendigvis kan tale for seg (pasienter med afasi, demens og funksjonshemmede).

Sykehusene må ha prosedyrer for å ivareta pasienter med afasi, demens og funksjonshemming på en trygg, verdig og forsvarlig måte. Dette er en pasientgruppe som ikke nødvendigvis kan uttrykke sine ønsker og preferanser. For å ivareta pasienten og de pårørende, ønsker brukerutvalget at det skal rettes et arbeid mot å bedre ivaretagelsen av de som kjenner pasienten best.

Arbeidet med gode pasientforløp burde videreføres og formaliseres, slik at kommunene og foretakene har en felles arena for læring om denne sårbare pasientgruppen.

Med vennlig hilsen

Henrik Ånes Skaret, rådgiver.

Sekretær for brukerutvalget ved Helgelandssykehuset.



HELSE NORD RHF
Postboks 1445
8038 BODØ

Deres ref:
2023/190

Vår ref:
2023/34

Dato:
22.09.2023

Saksbehandler:
Margaret Aarag
Antonsen

Innspill til oppdragsdokument 2024 - brukerutvalg og ungdomsråd

I brukerutvalgsmøte 18. september 2023 under sak 26/23 *Innspill til oppdragsdokumentet 2024* forespørsel fra Regionalt brukerutvalg om innspill til oppdragsdokumentet 2024.

Følgende vedtak ble gjort i saken:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF gir følgende innspill til oppdrag i styringskrav og rammer for 2024:

- a) *Kliniske farmasøyter tas inn som en permanent del av tilbudet i sykehuset for å bidra til økt pasientsikkerhet på legemiddelområdet.*
- b) *Sett i lys av funksjons- og oppgavedeling bør farmasøytelig kompetanse i større grad tas i bruk der hvor det er hensiktsmessig.*
- c) *Etter eksempel fra alderpsykiatrisk enhet ved Nordlandssykehuset i Bodø, utvide bruk av gentesting for å sikre riktig legemiddelbehandling i Helse Nord.*

Vennlig hilsen

Margaret Aarag Antonsen
Fagsjef

Innspill til Oppdragsdokumentet 2024 fra Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF

Brukerutvalget ved Nordlandssykehuset HF har følgende tre innspill til oppdragsdokumentet 2024:

1. Styrking av kompetanse og tilgjengelighet i behandling av personer med utviklingshemming og psykiske lidelser.

Begrunnelse: Det at personer med utviklingshemming ikke slipper til tjenester i psykisk helsevern som innbyggere flest er en kjent situasjon for svært mange i interesseorganisasjoner for personer med utviklingshemming. I en rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for personer med utviklingshemming (NKUP) og psykisk lidelse svarer alle respondentene fra habiliteringstjenesten, og nesten halvparten fra psykisk helse og avhengighet, at de hadde erfaring med at pasienter ikke fikk tilgang til utredning og behandling for sin psykiske lidelse. Drøyt halvparten av respondentene innen generell psykisk helse og avhengighet og noe færre av de som svarte fra spesialklinikker som for eksempel OCD-team (tvangslidelser) oppga at behandlingstilbudene i deres enhet var tilgjengelig for pasienter med utviklingshemming. De som svarte sa at egenskaper ved pasientene (grad av utviklingshemming), ved behandlingsmetodikken, samt ressurser og kompetanse var barrierer for at pasientene kunne nyttiggjøre seg tilbudet. Alle respondentene fra habiliteringstjenesten og nesten halvparten fra psykisk helse og avhengighet hadde erfaring med at pasienter ikke fikk tilgang til utredning og behandling for sin psykiske lidelse (Kartlegging av spesialisttjenester til unge og voksne med utviklingshemming og psykisk lidelse i Norge, NKUP 2021).

For å få til en endring foreslår vi at det i oppdragsdokumentet for 2024 pålegger helseforetakene:

- Å ruste opp kompetansen i de psykiatriske tjenestene for å kunne behandle denne målgruppen
- Å dokumentere økning i pasienttall
- Å prioritere økonomisk slik at det ikke blir en hindring for å styrke kompetansen og økning i pasienttall

Det som i dag skjer, er diskriminering av en gruppe innbyggere som ikke har lik tilgang til psykiatriske helsetjenester som andre innbyggere. Dette er i strid med overordnede politiske målsettinger om likeverdige helsetjenester og i strid med CRPD (FN konvensjonene om rettigheter til personer med funksjonsnedsettelse) artikkel 10.

2. Helseforetakene må aktivt bidra til å få på plass FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) og FACT Ung i regionen.

Begrunnelse: Vi ser en økning blant ungdom når det gjelder psykiske lidelser. FACT-teamene jobber på en slik måte at man sikrer tverrfaglighet og oppfølging tilpasset den enkelte.

3. Helseforetakene må ta i bruk farmakogenetikk som et verktøy hos aktuelle pasientgrupper for hjelp til å velge den mest effektive behandlingen tidlig i forløpet.

Begrunnelse: Dette vil kunne føre til at man får informasjon om personens genetikk og hva slags konsekvenser dette kan ha for ulik medisinbruk og behandling.

Fra: Johannessen Hilde Anne

Sendt: tirsdag 26. september 2023 13:03

Til: postmottak@helse-nord.no

Emne: Innspill til Oppdragsdokument 2024 - brukerutvalg

Sak 2023/190

Brukerutvalget ved UNN har følgende innspill til Oppdragsdokument 2024:

- a) *Kliniske farmasøyter som en permanent del av tilbudet i sykehuset for å bidra til økt pasientsikkerhet på legemiddelområdet. Sett i lys av funksjons- og oppgavedeling bør farmasøytelig kompetanse i større grad tas i bruk der det er hensiktsmessig.*
- b) *Gentesting for å sikre riktig legemiddelbehandling i Helse Nord bør utvides
(Etter eksempel fra alderspsykiatrisk enhet ved Nordlandssykehuset i Bodø)*
- c) *Somatisk oppfølging i psykisk helsevern - helseforetakene bør redegjøre for hvordan de under innleggelse og ved poliklinisk oppfølging kan sikre helhetlig ivaretagelse av pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom.*

Med vennlig hilsen

Hilde Anne Johannessen

Administrasjonskonsulent

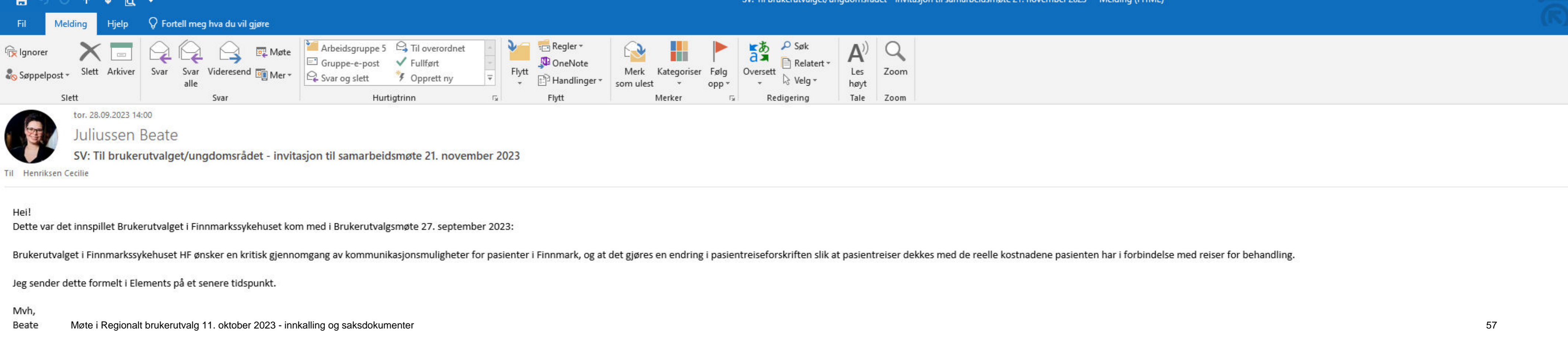
Tlf: +47 77 66 91 22

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Administrasjonen, Direktøren

Mob: +47 48 04 97 98

[Med pasienten – for pasienten](#)



tor. 28.09.2023 14:00

Juliussen Beate

SV: Til brukerutvalget/ungdomsrådet - invitasjon til samarbeidsmøte 21. november 2023

Til Henriksen Cecilie

Hei!

Dette var det innspillet Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset kom med i Brukerutvalgsmøte 27. september 2023:

Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF ønsker en kritisk gjennomgang av kommunikasjonsmuligheter for pasienter i Finnmark, og at det gjøres en endring i pasientreiseforskriften slik at pasientreiser dekkes med de reelle kostnadene pasienten har i forbindelse med reiser for behandling.

Jeg sender dette formelt i Elements på et senere tidspunkt.

Mvh,

Beate Møte i Regionalt brukerutvalg 11. oktober 2023 - innkalling og saksdokumenter

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
H. Rolandsen

Dato:
3.10.2023

RBU-sak 84-2023

Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering - rapport og forslag til endringer

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar saken til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg slutter seg til foreslått rammeverk for oppfølging av regionale funksjoner.

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
Administrerende direktør

Formål:

- Orienterer om rapporten og styringsgruppens vedtak.
- Innhente kommentarer fra RBU før saken legges frem for direktørmøtet 12. oktober 2023.

Beslutningsgrunnlag

Det legges til grunn at RBU er kjent med mandat for gjennomgang av regionale funksjoner, datert 4. desember 2021. RBUs medlem i styringsgruppen har vært Hege Johannessen.

Prosjektet har gjennomgått 51 regionale funksjoner med særskilt finansiering:

	UNN	Nordlandssykehuset	Total
Somatikk	22 ¹	13	35
Psykisk helse og rus	10	6	16

Rapport fra prosjektet versjon 0.9 ble overlevert styringsgruppen 20. juni 2023 og behandlet i styringsgruppen 30. august 2023. Se vedlegg 1 og 2.

Særskilte funn

1. Ved etablering/tildeling av regionale funksjoner, er formål og mandat ofte ikke tydelig kommunisert fra Helse Nord RHF, og har hatt varierende oppfølging fra Helse Nord RHF.
2. For ti av de regionale funksjonene finnes det likelydende funksjoner i alle regioner/regionale helseforetak. Disse bør sees på i et interregionalt samarbeid i tilfelle det skal gjøres endringer i form og funksjon i fremtiden. Prosjektet har ikke foreslått endringer for noen av disse.
3. To funksjoner (psykisk helse) med et opprinnelig regionalt oppdrag, er over tid blitt delregionale med oppdrag kun i én del av regionen, men finansieres fortsatt som regionale funksjoner.
4. Det er ulik rapporteringslinje for funksjoner som har i oppdrag å aktivt *utføre* samme type tjeneste i alle sykehusforetak. Alle funksjonene er organisert i UNN, men én av dem opplyser at de er faglig forankret og rapporterer direkte til Helse Nord RHF. Andre ønsker sterkere tilknytning til Helse Nord RHF.
5. Bruk av den regionale funksjonen er ofte større i helseforetaket som har funksjonen enn i de andre helseforetak. For noen er forskjellen så stor at funksjonen er mer lokal enn regional.
6. Det er kommet tydelig frem fra foretaksledelsen i UNN og Nordlandssykehuset, at særskilt finansiering er avgjørende for at funksjonene skal videreføres.

Anbefalinger

Samlet omfang av regionale funksjoner med særskilt finansiering utgjør ca. 120 mill. kroner/år. Prosjektgruppen har delt vurderingene i syv kategorier (A-F) som følger:

- A. Funksjoner som foreslås videreført med samme form og finansiering (somatikk)**
13 funksjoner anbefales videreført med samme form og finansiering. Prosjektet har for flere av disse gitt innspill til forbedringer.

¹ I disse 22 inngår seks funksjoner som ble avdekt som IKKE særskilt finansiert av Helse Nord RHF.

B. Funksjoner der særskilt regional finansiering foreslås avsluttet

- Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander – UNN
- Dropout (2014-2016) - UNN
- LIS-stilling anestesi – hhv. UNN og Nordlandssykehuset
- Regional forbedringsutdanning – Nordlandssykehuset
- Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet, inkludert årlig konferanse – Nordlandssykehuset
- Tuberkulosekontrollprogram – Tuberkulosekoordinator (stedlig): 100% UNN og 50% Nordlandssykehuset

Finansiering av disse per 2022 beløper seg til 14,1 mill. kroner. Det gis forslag til hvordan områder innenfor klinisk pasientsikkerhet og forbedringsutdanning kan videreføres.

C. Funksjoner der det foreslås endret form og finansiering

- Samvalgsenteret – UNN: Det anbefales gradvis reduksjon i finansiering frem til 2026, og at frigjorte midler brukes til å styrke arbeidet i øvrige sykehusforetak i regionen.

D. Funksjoner der det foreslås endret finansiering

- Pasienttelefon - Infotjeneste for pasienter og personell vedrørende fritt sykehusvalg – Nordlandssykehuset.
Siden finansieringen kun går til lønn, bør størrelsen justeres (2022: 1,607 millioner)
- Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) - UNN
Stillingen videreføres med særskilt finansiering på annet nivå, der Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset finansierer 50% hver. Dagens størrelse på finansiering bør vurderes (2022: 2,290 mill. kroner)

E. Funksjoner i somatikken der det anbefales ytterligere gjennomgang

Vurderingene (jf. mandat) peker i størst grad på hvilken oppfatning helseforetakene har av funksjonene. Der funksjonen har utstrakt virksomhet utenfor spesialisthelsetjenesten, har det skriftlige datatilfanget og i særdeleshet sammensetningen av prosjektgruppen, ikke vært tilstrekkelig for å kunne gi en fullstendig vurdering. Det er avdekket at det for noen fagområder er behov for grundigere gjennomgang med tanke på endringsbehov eller for tydeliggjøring av formål og mandat. Det gjelder:

- Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (AMA) –seksjon AMS – UNN
- Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO) – Nordlandssykehuset
- Regional traumekoordinator – UNN

Ytterligere gjennomgang bør ikke vente til rutinemessig evaluering jf foreslått rammeverk, fordi et mandat for funksjonene er en forutsetning når rutinemessig evaluering skal utføres.

Prostatasentrene i UNN og Nordlandssykehuset var foreslått som kandidater for ytterligere gjennomgang. Styringsgruppen anbefaler at disse tas med i arbeidet med funksjons- og oppgavedeling.

F. Funksjoner innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Funksjoner innenfor psykisk helse og TSB var i utgangspunktet skjermet for vurderinger/anbefalinger for endring. For sju av disse har interessentene gitt viktige

innspill som Helse Nord RHF i samarbeid med helseforetakene må følge opp. Se vedlegg 1.

Forslag til rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering

Rammeverket skal bidra til forutsigbarhet. Forslaget er basert på gjenbruk av nåværende regionale rutiner/retningslinjer og for nasjonale tjenester.

Etablering, oppfølging og evaluering er så langt det lar seg gjøre, foreslått lagt til etablerte strukturer for saksbehandling og samarbeid (fagråd og fagnettverk, fagsjefmøte, direktørmøte, ledermøte Helse Nord RHF). Prosjektet anbefaler å knytte sammen ansvaret for oppfølging av nasjonale og regionale tjenester i et servicemiljø, da det vil være flere oppgaver som er sammenfallende eller har likhetstrekk.

Det er ikke gitt anbefaling om ressursbehov til etablering og drift av et servicemiljø, eller til systemstøtte (E-rapport). Servicemiljøet bør bestå av kompetanse fra ulike avdelinger i Helse Nord RHF.

Oppfølging av funksjoner som faller utenfor foreslått rammeverk

Prosjektet har identifisert seks funksjoner som ikke faller inn under noen av kategoriene og som ikke vil bli fulgt opp i rammeverket som skisseres av prosjektet. Per dags dato gjelder dette:

- Kompetanse nyfødt intensiv (Nordlandssykehuset)
- Mammografitilbud (lokal screening) (UNN) (Nordlandssykehuset)
- Nukleærmedisin (takstjustering) (UNN) (Nordlandssykehuset)
- Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) (UNN)

Helse Nord RHF må i samarbeid med helseforetakene ta stilling til hvordan funksjoner som faller utenfor rammeverk for fremtidig etablering og oppfølging skal følges opp.

Vedlegg

1. Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord – Sammenfatning og resultater fra prosjektet v 1.0
2. Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord – All grunnlagsinformasjon v 1.0

II - Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord

Rapport med all grunnlagsinformasjon

Vedlegg til «I - Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord - Sammenfatning og resultater fra prosjekt»

30. august 2023

Versjonslogg

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
0.9	20.06.2023	Leveranse til styringsgruppen for prosjektet	Prosjektgruppen	
1.0	30.08.2023	Språklige justeringer	Siw Skår Hilde Rolandsen Ann-Britt Nilssen	

1	OM DOKUMENTET	12
2	INNLEDNING OG BAKGRUNN	14
3	FORUTSETNINGER, AVGRENSNINGER OG UTVALG	15
3.1	REDEGJØRELSE FOR DAGENS INNTEKTSFORDELING I HELSE NORD	15
3.1.1	«SÆRSKILT FINANSIERING» I AKTUELL KONTEKST	16
3.2	UTVALG	16
3.3	TIDLIG KONTAKT MED FUNKSJONENE SELV – HJELP TIL OPPRYDDING	17
4	METODE	18
4.1	RAMMER OG KRITERIER FOR VURDERING OG ANBEFALING	18
4.1.1	OMFANG	18
4.1.2	FØRINGER	18
4.1.3	PROSJEKTETS LEVERANSE	19
4.2	VURDERING AV FUNKSJONENE	19
4.2.1	EGENVURDERING	20
4.2.2	DIGITAL BRUKERUNDERSØKELSE (QUESTBACK)	21
4.2.3	ØVRIGE HELSEFORETAKS VURDERING AV FUNKSJONER I UNN OG NORDLANDSSYKEHUSET	22
4.2.4	BEHANDLING I PROSJEKTGRUPPENS MØTER	22
4.2.5	MØTER I STYRINGSGRUPPEN	22
4.2.6	INNSPILL FRA FUNKSJONENE PÅ VURDERING/ANBEFALING FØR ENDELIG BEHANDLING I STYRINGSGRUPPE	22
4.3	METODEKRITIKK	23
5	KOMMUNIKASJON	25
5.1	DIALOGMØTER MED UNN OG NORDLANDSSYKEHUSET	25
5.2	FORTLØPENDE KOMMUNIKASJON	25
5.3	KOMMUNIKASJON I PROSESS FOR VURDERING OG ANBEFALING	25
6	FUNKSJONENES VARIGHET (MED SÆRSKILT FINANSIERING) PR 2023	26
7	PROSJEKTETS DELTAGERE	28
8	REGIONALE SENTRE	31
8.1	ARBEIDS- OG MILJØMEDISINSK AVDELING (AMA) –SEKSJON (AMS) – UNN	31
8.1.1	HISTORIKK OG STATUS	31
8.1.2	EGENVURDERING	32
8.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	32
8.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	40
8.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	41
8.2	KOMPETANSESENTER FOR ARVELIG KREFT – KAK – UNN	42

8.2.1	HISTORIKK OG STATUS	42
8.2.2	EGENVURDERING	42
8.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	43
8.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	43
8.3	KOMPETANSESENTER FOR DIAGNOSTISK FYSIKK – UNN	44
8.3.1	HISTORIKK OG STATUS	44
8.3.2	EGENVURDERING	44
8.3.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	44
8.3.4	PROSJEKTETS VURDERING	45
8.4	KOMPETANSESENTER I SMITTEVERN KORSN – UNN	46
8.4.1	HISTORIKK OG STATUS	46
8.4.2	EGENVURDERING	47
8.4.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	47
8.4.4	PROSJEKTETS VURDERING	48
8.4.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	49
8.5	KOMPETANSESENTER RUS, NORD-NORGE (KORUS-NORD) – UNN	50
8.5.1	HISTORIKK OG STATUS	50
8.5.2	EGENVURDERING	50
8.5.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	50
8.5.4	PROSJEKTETS VURDERING	51
8.6	PROSTATASENTER – UNN	52
8.6.1	HISTORIKK OG STATUS	52
8.6.2	EGENVURDERING	52
8.6.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	53
8.6.4	PROSJEKTETS VURDERING	54
8.6.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	55
8.7	PROSTATASENTER - NORDLANDSSYKEHUSET HF	56
8.7.1	HISTORIKK OG STATUS	56
8.7.2	EGENVURDERING	56
8.7.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	57
8.7.4	PROSJEKTETS VURDERING	58
8.7.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	59
8.8	REGIONALT UTDANNINGSSENTER FOR LEGER I SPESIALISERING HELSE NORD (REGUT) – UNN	60
8.8.1	HISTORIKK OG STATUS	60
8.8.2	EGENVURDERING	60
8.8.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	61
8.8.4	PROSJEKTETS VURDERING	61
8.8.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	62
8.9	REGIONAL KOORDINERENDE ENHET FOR HELSEFAGLIG SIMULERING I HELSE NORD (REGSIM NORD) – UNN	63
8.9.1	HISTORIKK OG STATUS	63
8.9.2	EGENVURDERING	64
8.9.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	64
8.9.4	PROSJEKTETS VURDERING	65
8.9.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	65
8.10	REGIONALT FAGMILJØ FOR AUTISME, ADHD OG TOURETTES (R-FAAT) – UNN	66
8.10.1	HISTORIKK OG STATUS	66
8.10.2	EGENVURDERING	66

8.10.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	67
8.10.4	PROSJEKTETS VURDERING	67
8.11	REGIONALT SENTER FOR ASTMA, ALLERGI OG OVERFØLSOMHET (RAAO) – UNN	69
8.11.1	HISTORIKK OG STATUS	69
8.11.2	EGENVURDERING	70
8.11.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	70
8.11.4	PROSJEKTETS VURDERING	73
8.11.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	74
8.12	REGIONALT RESSURSSENTER OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING (RVTS) – UNN	75
8.12.1	HISTORIKK OG STATUS	75
8.12.2	EGENVURDERING	75
8.12.3	VURDERING ULIKE INTERESSEENTER	75
8.12.4	PROSJEKTETS VURDERING	76
8.13	SAMVALGSENTERET – UNN	77
8.13.1	HISTORIKK OG STATUS	77
8.13.2	EGENVURDERING	78
8.13.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	78
8.13.4	PROSJEKTETS VURDERING	79
8.13.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	79
9	REGIONALE BEHANDLINGSTJENESTER	80
9.1	DIAGNOSTISK ENHET UAVKLARTE TILSTANDER -UNN	80
9.1.1	HISTORIKK OG STATUS	80
9.1.2	EGENVURDERING	80
9.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	81
9.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	81
9.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	81
9.2	FAGENHET FOR AUTISME – NORDLANDSSYKEHUSET	82
9.2.1	HISTORIKK OG STATUS	82
9.2.2	EGENVURDERING	82
9.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	83
9.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	83
9.3	FAGENHET FOR SPISEFORSTYRRELSER (BARN OG UNGE)– NORDLANDSSYKEHUSET	85
9.3.1	HISTORIKK OG STATUS	85
9.3.2	EGENVURDERING	85
9.3.3	EGENVURDERING FRA FORETAKSLEDELSE NORDLANDSSYKEHUSET	85
9.3.4	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	85
9.3.5	PROSJEKTETS VURDERING	86
9.4	FAMILIEAMBULATORIUM – FOREBYGGENDE FAMILIETEAM, UNN	87
9.4.1	HISTORIKK OG STATUS	87
9.4.2	EGENVURDERING	88
9.4.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	88
9.4.4	PROSJEKTETS VURDERING	89
9.5	FAMILIEAMBULATORIUM – NORDLANDSSYKEHUSET	90
9.5.1	HISTORIKK OG STATUS	90

9.5.2	EGENVURDERING	91
9.5.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	91
9.5.4	PROSJEKTETS VURDERING	92
9.6	HENTETEAM NYFØDTE – UNN	93
9.6.1	HISTORIKK OG STATUS	93
9.6.2	EGENVURDERING	93
9.6.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	94
9.6.4	PROSJEKTETS VURDERING	94
9.6.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	95
9.7	HENTETEAM NYFØDTE – NORDLANDSSYKEHUSET	96
9.7.1	HISTORIKK OG STATUS	96
9.7.2	EGENVURDERING	96
9.7.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	97
9.7.4	PROSJEKTETS VURDERING	97
9.7.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	98
9.8	MEDIKAMENTFRITT BEHANDLINGSTILBUD (MFBT) – UNN	99
9.8.1	HISTORIKK OG STATUS	99
9.8.2	EGENVURDERING	100
9.8.3	VURDERINGER FRA ULIKE INTERESSEENTER	100
9.8.4	PROSJEKTETS VURDERING	101
9.9	PSYKIATRISK INNSATSTEAM (PIT) - NORDLANDSSYKEHUSET HF	102
9.9.1	HISTORIKK OG STATUS	102
9.9.2	EGENVURDERING	102
9.9.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	103
9.9.4	PROSJEKTETS VURDERING	103
9.10	REGIONAL BEHANDLING OCD (TVANGSLIDELSER) VOKSNE – UNN	105
9.10.1	HISTORIKK OG STATUS	105
9.10.2	EGENVURDERING	105
9.10.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	106
9.10.4	PROSJEKTETS VURDERING	106
9.11	REGIONAL BEHANDLING OCD (TVANGSLIDELSER) BARN OG UNGE – UNN	108
9.11.1	HISTORIKK OG STATUS	108
9.11.2	EGENVURDERING	108
9.11.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	109
9.11.4	PROSJEKTETS VURDERING	109
9.12	REGIONALT SENTER FOR SPISEFORSTYRRELSER BARN OG UNGE – UNN	111
9.12.1	HISTORIKK OG STATUS	111
9.12.2	EGENVURDERING	111
9.12.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	112
9.12.4	PROSJEKTETS VURDERING	113
9.13	REGIONALT SENTER FOR SPISEFORSTYRRELSER VOKSNE –NORDLANDSSYKEHUSET HF	114
9.13.1	HISTORIKK OG STATUS	114
9.13.2	EGENVURDERING	114
9.13.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	115
9.13.4	PROSJEKTETS VURDERING	116
9.14	REGIONALT SENTER FOR SYKELIG OVERVEKT (RSSO) – NORDLANDSSYKEHUSET HF	117
9.14.1	HISTORIKK OG STATUS	117

9.14.2	EGENVURDERING	119
9.14.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	119
9.14.4	PROSJEKTETS VURDERING	120
9.14.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	121
9.15	SENSKADE KREFT – SENEFFEKTPOLIKLINIKK UNN	122
9.15.1	HISTORIKK OG STATUS	122
9.15.2	EGENVURDERING	123
9.15.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	123
9.15.4	PROSJEKTETS VURDERING	124
9.15.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	125

10 REGIONALE KOMPETANSETJENESTER **126**

10.1	REGIONAL KOMPETANSETJENESTE FOR ARBEID OG PSYKISK HELSE - NORDLANDSSYKEHUSET	126
10.1.1	HISTORIKK OG STATUS	126
10.1.2	EGENVURDERING	126
10.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	127
10.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	128
10.2	REGIONAL KOMPETANSETJENESTE FOR KLINISK PASIENTSIKKERHET (INKLUSIV ÅRLIG KONFERANSE) - NORDLANDSSYKEHUSET	129
10.2.1	HISTORIKK OG STATUS	129
10.2.2	EGENVURDERING	130
10.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	130
10.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	131
10.2.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	131
10.3	REGIONAL KOMPETANSETJENESTE FOR LINDRENDE BEHANDLING - LINDRING I NORD – UNN	133
10.3.1	HISTORIKK OG STATUS	133
10.3.2	EGENVURDERING	133
10.3.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	134
10.3.4	PROSJEKTETS VURDERING	139
10.3.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	139

11 REGIONALE KOMPETANSENETTVERK **140**

11.1	REGIONALT BARNEPALLIATIVT TEAM – UNN	140
11.1.1	HISTORIKK OG STATUS	140
11.1.2	EGENVURDERING	140
11.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	140
11.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	141
11.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	142

12 REGIONALE KOORDINATORER **143**

12.1	REGIONAL KOORDINATOR HELSEFAGARBEIDERLÆRLINGER – NORDLANDSSYKEHUSET	143
12.1.1	HISTORIKK OG STATUS	143
12.1.2	EGENVURDERING	144

12.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	144
12.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	145
12.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	146
12.2	REGIONAL KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING (RKE) – UNN	147
12.2.1	HISTORIKK OG STATUS	147
12.2.2	EGENVURDERING	147
12.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	148
12.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	149
12.3	REGIONAL TRAUMEKOORDINATOR – UNN	150
12.3.1	HISTORIKK OG STATUS	150
12.3.2	EGENVURDERING	150
12.3.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	151
12.3.4	PROSJEKTETS VURDERING	151
12.3.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	152
13	ANDRE REGIONALE FUNKSJONER SOM ER SÆRSKILT FINANSIERTE	153
13.1	PASIENTTELEFON - INFORMASJONSTJENESTE FOR PASIENTER OG PERSONELL VEDRØRENDE VELG BEHANDLINGSSTED – NORDLANDSSYKEHUSET	153
13.1.1	HISTORIKK OG STATUS	153
13.1.2	EGENVURDERING	154
13.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	154
13.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	155
13.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	155
13.2	REGIONAL FORBEDRINGSUTDANNING – NORDLANDSSYKEHUSET	156
13.2.1	HISTORIKK OG STATUS	156
13.2.2	EGENVURDERING	156
13.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	157
13.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	158
13.2.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	158
14	IKKE KATEGORISERTE FUNKSJONER	159
14.1	DROPOUT – UNN	159
14.1.1	HISTORIKK OG STATUS	159
14.1.2	EGENVURDERING	159
14.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	159
14.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	160
14.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	160
14.2	KOMPETANSE NYFØDT INTENSIV – NORDLANDSSYKEHUSET	161
14.2.1	HISTORIKK OG STATUS	161
14.2.2	EGENVURDERING	161
14.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	162
14.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	162
14.2.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	163
14.3	KROPP OG SELVFØLELSE – KOMPETANSEPROGRAM – UNN	164

14.3.1	HISTORIKK OG STATUS	164
14.3.2	EGENVURDERING	165
14.3.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	165
14.3.4	PROSJEKTETS VURDERING	165
14.4	LIS-STILLING ANESTESI – UNN	167
14.4.1	HISTORIKK OG STATUS	167
14.4.2	EGENVURDERING	167
14.4.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	168
14.4.4	PROSJEKTETS VURDERING	168
14.4.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	169
14.5	LIS-STILLING ANESTESI – NORDLANDSSYKEHUSET	170
14.5.1	HISTORIKK OG STATUS	170
14.5.2	EGENVURDERING	170
14.5.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	170
14.5.4	PROSJEKTETS VURDERING	172
14.5.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	172
14.6	MAMMOGRAFITILBUD (AMBULANT SCREENING)- UNN	173
14.6.1	HISTORIKK OG STATUS	173
14.6.2	EGENVURDERING	173
14.6.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	173
14.6.4	PROSJEKTETS VURDERING	174
14.6.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	174
14.7	MAMMOGRAFITILBUD (AMBULANT SCREENING) – NORDLANDSSYKEHUSET	175
14.7.1	HISTORIKK OG STATUS	175
14.7.2	EGENVURDERING	175
14.7.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	175
14.7.4	PROSJEKTETS VURDERING	176
14.7.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	176
14.8	NUKLEÆRMEDISIN (TAKSTJUSTERING) – UNN	177
14.8.1	HISTORIKK OG STATUS	177
14.8.2	EGENVURDERING	177
14.8.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	177
14.8.4	PROSJEKTETS VURDERING	178
14.8.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	178
14.9	NUKLEÆRMEDISIN (TAKSTJUSTERING)- NORDLANDSSYKEHUSET	179
14.9.1	HISTORIKK OG STATUS	179
14.9.2	EGENVURDERING	179
14.9.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	179
14.9.4	PROSJEKTETS VURDERING	180
14.9.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	180
14.10	SMITTEVERNOVERLEGE (ANSVARsomRÅDE FINNMARK) – UNN	181
14.10.1	HISTORIKK OG STATUS	181
14.10.2	EGENVURDERING	181
14.10.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	182
14.10.4	PROSJEKTETS VURDERING	182
14.10.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	183
14.11	SOSIALPEDIATER V/BARNEHUS – UNN	185

14.11.1	HISTORIKK OG STATUS	185
14.11.2	EGENVURDERING	185
14.11.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	185
14.11.4	PROSJEKTETS VURDERING	186
14.11.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	186
14.12	SOSIALPEDIATER V/BARNEHUS – NORDLANDSSYKEHUSET	187
14.12.1	HISTORIKK OG STATUS	187
14.12.2	EGENVURDERING	187
14.12.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	187
14.12.4	PROSJEKTETS VURDERING	188
14.12.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	188
14.13	TUBERKULOSEKONTROLLPROGRAM (STEDLIG KOORDINATOR) – UNN	189
14.13.1	HISTORIKK OG STATUS	189
14.13.2	EGENVURDERING	190
14.13.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	190
14.13.4	PROSJEKTETS VURDERING	191
14.13.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	192
14.14	TUBERKULOSEKONTROLLPROGRAM (STEDLIG KOORDINATOR) – NORDLANDSSYKEHUSET	193
14.14.1	HISTORIKK OG STATUS	193
14.14.2	EGENVURDERING	194
14.14.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	194
14.14.4	PROSJEKTETS VURDERING	195
14.14.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	196
15	<u>RAMMEVERK FOR ETABLERING, OPPFØLGING, EVALUERING OG ENDRING/AVVIKLING AV REGIONALE FUNKSJONER MED SÆRSKILT FINANSIERING</u>	198
15.1	BESKRIVELSE AV OG KRITERIER FOR ULIKE KATEGORIER AV FUNKSJONER	198
15.1.1	REGIONALE SENTRE	199
15.1.2	REGIONALE BEHANDLINGSTJENESTER	199
15.1.3	REGIONALE KOMPETANSETJENESTER	199
15.1.4	REGIONALE KOMPETANSENETTVERK	200
15.1.5	REGIONALE KOORDINATORER	200
15.1.6	ANDRE REGIONALE FUNKSJONER SOM ER SÆRSKILT FINANSIERTE	200
15.1.7	FUNKSJONER SOM FALLER UTENFOR KATEGORIENE	201
15.1.8	ØVRIGE NETTVERK I REGIONEN	202
15.2	HELSE NORD RHFs OPPFØLGING AV REGIONALE FUNKSJONER	202
15.3	REGIONALT SERVICEMILJØ	202
15.3.1	ETABLERING AV NYE REGIONALE FUNKSJONER	202
15.4	ARKIVERING/DOKUMENTASJON I SAKS- OG BUDSJETTBEHANDLING	205
15.4.1	SAKS- OG ARKIVSYSTEM	205
15.4.2	E-RAPPORT	205
15.4.3	BUDSJETTOVERSIKTER	205
15.5	NETTSIDE FOR REGIONALE FUNKSJONER	205
16	<u>VEDLEGG</u>	206

1 Om dokumentet

Dette dokumentet fremstiller arbeidet som er gjennomført i prosjektet «Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord» over en periode på 1, 5 år og inneholder all grunnlagsinformasjon. Dokumentet er suksessivt bygd opp med innhenting av grunnlagsmateriell og parallelt gående diskusjoner i prosjektgruppen.

Dokumentet er inndelt i tre:

Del I - kap 2-7: redegjør for rammer, metode og kommunikasjon.

Del II - kap 8-14: besvarer prosjekteiers krav til leveranse pkt 1 og 2 (se kap. 4.1.3) og presenterer grunnlag tilknyttet de enkelte funksjoner samt prosjektets vurderinger/anbefalinger.

Del III - kap 15: besvarer prosjekteiers krav til leveranse pkt 3 (se kap 4.1.3) og gir forslag til rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering.

For å få tilgang til dokumenter for egenvurderinger, tilbakemeldinger fra funksjonene selv og til vedlegg i kap 16 (lenker i dokumentet), må man være logget på helseforetakets nettverk. For disse lenkene må Shift-tasten benyttes for å få tilgang i PDF-format.

DEL I

2 Innledning og bakgrunn

Helse Nord RHF har som mål å sikre god virksomhetsstyring i regionen gjennom nødvendige faglige prioriteringer, funksjonsdeling, god økonomisk styring og tydelig eierskap til prosjekter av regional betydning. Regionale funksjoner som kompetanse- og behandlingstjenester og andre funksjoner som har betydning for pasientbehandling i et regionalt perspektiv, er ett av virkemidlene i virksomhetsstyringen. Regionale funksjoner blir i hovedsak opprettet på bakgrunn av beslutninger i administrasjonen i Helse Nord RHF, gjennom oppdragsdokument eller vedtak i styret for Helse Nord RHF. I noen tilfeller opprettes disse med bakgrunn i lov og forskrift, nasjonale faglige anbefalinger, eller vedtak i Stortinget.

Prosjektet Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering, har hatt som mandat å kartlegge og å vurdere definerte regionale oppdrag i UNN og Nordlandssykehuset, som i budsjettssammenheng omtales som særskilt finansierte regionale funksjoner og felles funksjoner. Gjennomgangen har hatt som intensjon å belyse funksjonens betydning for regionen på aktuelt tidspunkt, resultater og hvorvidt funksjonen bør kontinueres, kontinueres i annen form eller avsluttes. For de fleste funksjonene i denne kategorien har ikke Helse Nord RHF hatt en systematisk oppfølging og/eller evaluering av funksjonens innhold og formål. Det har derfor manglet en samlet oversikt over disse.

Data for vurdering er i overveiende grad innhentet fra funksjonene selv (egenvurderinger), interessenter i spesialist- og primærhelsetjeneste samt fra lover og forskrifter, strategier fra Helse Nord RHF, oppdragsdokumenter og saker behandlet i Helse Nord RHF's styre. Innsendte egenvurderinger er av svært ulik karakter, fra korte svar i standard skjema til omfattende rapporter med vedlegg. Kapitlene som omfatter historikk og status vil derfor fremstå med ulik struktur. Noen har valgt å vektlegge informasjon om f.eks. bemanning og ulike kilder for finansiering i sine egenvurderinger, mens andre ikke har gitt denne typen opplysninger. Derfor har prosjektet i mindre grad presentert og vektlagt denne typen informasjon i arbeidet. De originale egenvurderingene er imidlertid tilgjengelig via lenker i dokumentet.

Selv om funksjonene (med noen unntak) mottar en særskilt finansiering som utgår fra helseforetakenes felles midler hos Helse Nord RHF, har mange av funksjonene en utvidet og til dels stor tilleggsfinansiering fra helseforetaket som innehar funksjonen. En eventuelt påfølgende lokal videreføring, avvikling eller omstilling må besluttes og håndteres i det aktuelle helseforetaket etter retningslinjer som gjelder for arbeidslivet.

3 Forutsetninger, avgrensninger og utvalg

3.1 Redegjørelse for dagens inntektsfordeling i Helse Nord

Årlige overføringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Nord RHF baserer seg i store trekk på en aktivitetsuavhengig finansieringsdel (basisramme, definert via nasjonal inntektsfordelingsmodell), en aktivitetsavhengig del (ISF-finansiering basert på aktivitet) og øremerkede midler. Øremerkede midler blir av Helse Nord RHF overført direkte og uforkortet til den virksomheten de er tiltenkt, og den aktivitetsavhengige delen overføres til det HFet som har generert inntektene.

Basisrammen fra HOD fordeles mellom HFene og overføres i form av *rammefinansiering* (etter hhv inntektsmodell for somatikk, psykisk helse, rusbehandling, ambulanse, pasientreiseområdet, kapitalkostnader) og overgangsordninger.

Basisramme fordelt på formål 2022

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalsum	
Ambulanse	193 370	339 807	238 531	148 278	552 799	1 472 785	
Pasientreiser	271 404	224 562	266 823	154 762	31 400	948 950	
Psykisk helse	306 577	1 033 920	849 689	287 267	110 939	2 588 390	
TSB (rus)	24 667	162 768	53 741	24 015	151 006	416 196	
Somatikk	819 255	3 213 011	1 677 775	820 630	673 599	7 204 270	
Overgangsordninger	27 765	251 164	82 099	22 096		383 123	
Kapital	143 032	372 164	333 251	92 795	87 417	1 028 659	
Felleskostnader/adm					344 989	344 989	
Totalsum	1 786 069	5 597 394	3 501 910	1 549 842	1 952 147	14 387 363	

I modellene for somatikk, psykisk helsevern og rus foregår fordelingen i grove trekk etter følgende komponenter:

Behovskomponent: kompensere helseforetakene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som alderssammensetning og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet. Utgjør ca 80 % av det som totalt tildeles det enkelte helseforetak.

Mobilitetskomponent: sikrer at ressurser tilfaller helseforetaket som leverer aktiviteten, når pasienter i ett helseforetak får behandling i et annet helseforetak i Helse Nord.

Kostnadskomponent: Skal kompensere helseforetakene for:

- a. definerte kostnadsulemper. Kostnadsindekser skal ivareta kostnadsulemper i pasientbehandlingen som helseforetakene i liten grad kan påvirke selv, og som det derfor er ønskelig å kompensere. Denne delen av kostnadskomponenten inngår i helseforetakenes aktivitetsbaserte finansiering. Fordelingsnøkkelen er knyttet til fire elementer som gir statistisk signifikant utslag på forventet kostnadsnivå:
 - Reisetid til nærmeste akuttpsykehus
 - Forskningsaktivitet normert til DRG-produksjon
 - Langtidsliggedager
 - Struktur; antall akuttpsykehus normert til DRG-produksjon.

Disse fire variablene omregnes til *forventet* relativt kostnadsnivå i Helse Nord. Finnmarkssykehuset har høyest forventet kostnadsnivå, mens Nordlandssykehuset har det laveste.

- b. Særskilte ekstrakostnader knyttet til definerte regionale sykehusfunksjoner. Finansieringen er avtalt fra sak til sak, og indeksreguleres årlig. Her inngår særskilt fordeling til:

1. Utdanning og undervisning
2. Nasjonale funksjoner
3. Regionale funksjoner
4. Felles funksjoner

I tillegg overgangsordninger som består av nødvendige skjevfordelinger av definerte funksjoner under oppbygging, andre tidsavgrensede tiltak eller bevilgninger til en og samme tjeneste i alle HF der behovskomponenten ikke blir riktig å benytte pga. ulikt definerte kostnadsulemper.

I 2022 bevilget Helse Nord RHF totalt 423,9 mill kr for kostnadskompensasjonene i pkt b).

3.1.1 «Særskilt finansiering» i aktuell kontekst

Bevilgninger fra Helse Nord RHF som skal dekke deler av helseforetakenes utgifter til det som i prosjektet omtales som «*regionale- eller felles funksjoner med særskilt finansiering*», sorterer under kostnadskomponenten pkt b-3 og b-4 ovenfor. Disse regionale funksjonene er gitt som et oppdrag fra Helse Nord RHF til ett eller to HF, UNN og/eller Nordlandssykehuset. Oppdraget går ut på at alle regionens HF og i noen tilfeller også primærhelsetjenesten, *aktivt* skal ivaretas av det aktuelle HF som innehar funksjonen. Alle helseforetakene bidrar med finansiering av disse funksjonene.

Prosjektets avgrensede formål er å få oversikt over hvorvidt, og da på hvilken måte, de regionale oppdragene gitt i pkt. b-3 og b-4 blir løst. Med bakgrunn i dette, skal det vurderes om helseforetakenes felles midler er tildelt på en rettferdig og formålstjenlig måte.

3.2 Utvalg

Prosjektet har tatt utgangspunkt i Helse Nord RHF's oversikt over årlige, særskilte overføringer til helseforetakene pr 2022. Totalt, som ovenfor nevnt, beløper alle postene i oversikten seg til 423,9 mill. kr. Dette beløpet inkluderer overføringer til følgende som faller utenfor mandatet:

- utdanning og forskning
- overgangsordninger der det ligger plan for innfasing i inntektsfordelingsmodellen

Funksjonene som er valgt ut for gjennomgang i prosjektet, er vurdert til å ha et regionalt oppdrag som finansieres særskilt. Finansieringen for disse går kun til UNN og/eller Nordlandssykehuset, og beløper seg pr. 2022 til 193 mill kr. Av dette går 76,6 mill kr til psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

3.3 Tidlig kontakt med funksjonene selv – hjelp til opprydding

Helse Nord RHF har ikke hatt en fullgod dokumentasjon tilknyttet regionale funksjoner med særskilt finansiering. Følgende spørsmål var sentrale for prosjektets innledende arbeid og måtte avklares:

- Hva var formålet med opprettelse av den regionale funksjonen?
- Når tid startet finansieringen?
- Finnes det dokumentasjon på avtalte tidsavgrensninger?
- Er begrepsbruken forståelig?

Økonomiavdelingens oversikter over årlige, særskilte finansieringer kan i stor grad fortelle hva overføringene gjelder, men på mange områder gir begrepsbruken ikke god nok forklaring på hvorfor det er tildelt særskilte midler på et aktuelt tidspunkt. Lite presis begrepsbruk uten tilhørende dokumentasjon kan bl.a. medføre at det blir vanskelig å følge opp en sak fordi man ikke vet hva saken gjelder.

Et eksempel på upresis begrepsbruk er posten «Nukleærmedisin». Prosjektet skjønnte tidlig at tildelingen ikke gjaldt det nukleærmedisinske tilbudet som helhet. Det var m.a.o. ikke tilbudet som sådan som skulle gjennomgå. Likevel så man at det på et tidspunkt var tildelt ekstra midler som tydet på et regionalt formål. Det ble da viktig å finne ut om tildelingen var gjenstand for gjennomgang. På grunn av denne typen uklarheter, var det en forutsetning at prosjektet tidlig kom i kontakt med funksjonene selv via dialogmøter, egenrevisninger og direkte kontakt. Dette førte til tidlig oppklaring av uklarheter og feil i utvalg av funksjoner og bidro til at prosjektet fikk ledetråder til blant annet aktuelle styrevedtak.

4 Metode

4.1 Rammer og kriterier for vurdering og anbefaling

Mandatet for prosjektet datert 4.12.2021 (vedlegg 1) gir følgende retningslinjer:

4.1.1 Omfang

Alle særfinansierte regionale funksjoner i Helse Nord skal gjennomgås.

Følgende tjenester skal skjermes når det gjelder vurdering av tjenestens form og finansiering (tjenestene skal likevel kartlegges og vurderes med hensyn til aktivitet og resultat):

- Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Tjenester knyttet til overgangsordninger som senere skal fases inn i inntektsmodellen
- Tjenester knyttet til samiske helsetjenester

4.1.2 Føringer

1. Prosessen skal være åpen, transparent og involverende
2. Endringer som foreslås skal være i tråd med lov og forskrift, nasjonale handlingsplaner, anbefalinger og retningslinjer fra normerende myndigheter, vedtak i Stortinget og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.
3. For vurdering av regionale kompetansetjenester, skal Helse Nord's retningslinjer for etablering, organisering og finansiering legges til grunn.
4. Prosessen skal bruke sammenlignbare kriterier som ved lignende nasjonale prosesser.

Med bakgrunn i omfang og føringer, skal prosjektet benytte følgende kriterier for vurdering:

1. Er funksjonen pålagt gjennom lov eller forskrift, handlingsplan/retningslinjer eller anbefalinger fra normerende myndigheter, vedtak i Stortinget eller krav fra Helse og omsorgsdepartementet? (ja/nei)
2. Er tjenesten rettet spesielt mot en prioritert gruppe i Nasjonal helse og sykehusplan eller mot særskilte hensyn i strategiplan eller styrevedtak? (ja/nei)
3. Hvor lenge har tjenesten eksistert (under 5 år, 5-10 år og >10 år).
4. Ivaretar funksjonen kompetansespredning i alle helseforetakene? (i liten grad, i noe grad, i stor grad, ikke aktuell)
5. Ivaretar funksjonen veiledning og rådgivning i alle helseforetakene? (i liten grad, i noe grad, i stor grad, ikke aktuell)
6. Ivaretar funksjonen beredskap i alle helseforetakene?
7. Bidrar funksjonen med forebyggende/helsefremmende arbeid i alle helseforetakene?
8. Kan funksjonen dokumentere resultater (i liten grad/i noe grad/i stor grad/ikke aktuell)
9. Bedrer funksjonen kvalitet, prognose eller livskvalitet for pasienter i alle helseforetakene (i liten grad/i noe grad/i stor grad/ikke aktuell)

Pkt 10–12 gjelder ikke «skjermede» funksjoner

10. Er det fortsatt behov for tjenesten som regional funksjon med særskilt finansiering (i liten grad, i noe grad, eller i stor grad)
11. Kan tjenesten videreføres i annen form? (ja/nei)
12. Anses finansieringen dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen slik at den særskilte finansiering skal fases ut (ja/nei)

4.1.3 Prosjektets leveranse

Basert på dette skal prosjektgruppen i en rapport:

1. Presentere en samlet, men individuell vurdering av funksjonenes aktivitet og resultat
2. Gi en samlet og begrunnet anbefaling av hvilke tjenester som bør (gjelder ikke «skjermede» funksjoner i mandatets kap 3.1):
 - videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå
 - videreføres med særskilt finansiering på annet nivå
 - videreføres i annen form (f.eks nettverk)
 - kan fortsette, men den særskilte finansieringen fases ut med en overgangsordning på tre år før videre finansiering anses dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen.
 - avvikles
3. Presentere funksjonene i et strukturert verktøy med tilhørende retningslinjer som forenkler Helse Nord RHF's oppfølging av funksjonene

Prosjektet er bedt om å se til nasjonale prosesser for lignende type tjenester i arbeidet.

4.2 Vurdering av funksjonene

Vurdering av funksjonene har vært inndelt i to faser:

Fase 1: Det som av prosjektet initialt ble vurdert til å være regionale kompetansetjenester og regionale behandlingstjenester med særskilt finansiering

Fase 2: Andre regionale funksjoner med særskilt finansiering

Planlagt arbeidsform rundt vurderinger for de to fasene:

- Innsamling av egenvurderinger (mal vedlegg 3) fra funksjonene selv samt overordnet egenvurdering av de enkelte funksjonene fra foretaksledelse i hhv UNN og Nordlandssykehuset. Disse opplysningene legges inn i et dokument (rapport under oppbygging).
- Parallelt med arbeidet rundt egenvurderinger gjennomføres det en brukerundersøkelse, primært beregnet på instanser utenfor spesialisthelsetjenesten.

- Gjennomgang av dokumentasjon i Helse Nord RHF; formål med opprettelse av funksjon, oppstartstidspunkt for finansiering og eventuelle tidsavgrensninger for funksjonen
- Utsending av dokument til prosjektgruppen (1. runde). Oppdrag: De tre HFene som ikke innehar funksjonen, gir tilbakemelding på bakgrunn av egenvurderinger samt fritekst-innspill i spørreundersøkelse fra instanser utenfor spesialisthelsetjenesten. Tilbakemeldingen skal gi svar på hvordan HFene benytter/har hjelp av de regionale funksjonene i sin egen virksomhet (mal vedlegg 4). Fritekstformuleringer i spørreundersøkelse fra ansatte i eget HF tas inn i HFenes tilbakemeldinger.
- Tilbakemeldinger fra HF-ene legges inn i dokumentet og distribueres (2. runde) til prosjektgruppen. Hensikt: Prosjektgruppen skal utfra alle innsamlede data forberede seg før prosjektgruppens utarbeidelse av en felles vurdering for den enkelte regionale funksjon. Den felles vurderingen slutføres i heldags dialogmøter.
- Møter med avdelinger i Helse Nord RHF som har ansvar for oppfølging av funksjonene.
- Regelmessige møter i prosjektgruppen.

4.2.1 Egenvurdering

Alle egenvurderinger er utført våren -2022.

4.2.1.1 Funksjonenes egenvurdering

De ulike regionale funksjonene i UNN og Nordlandssykehuset ble gitt mulighet til å gjøre egenvurdering etter mal basert på gitte kriterier i mandat (vedlegg 3). Dette ble imøtekommet av alle funksjonene. UNN og Nordlandssykehusets deltakere i prosjektgruppen hadde ansvar for innhenting av egenvurderinger i sine respektive HF. I Nordlandssykehuset ble dette gjort gjennom direkte involvering av de enkelte regionale funksjonene via de klinikkene/stabene som funksjonene er lagt under. I UNN inviterte foretakets gruppedeltaker til dialogmøte med de enkelte funksjonene. Mange har benyttet seg av dette. Møtene har gitt gruppedeltaker verdifull dialog og inngående kunnskap om daglig drift av tjenesten.

4.2.1.2 Foretaksledelsens egenvurdering

Foretaksledelsen i hhv UNN og Nordlandssykehuset har levert separat vurdering av de funksjonene som tilhører deres eget HF. I Nordlandssykehuset har foretaksledelsen med bakgrunn i tilbakemeldinger fra direktørens ledergruppe, gjort en overordnet vurdering av foretakets funksjoner. I UNN er utkast til vurderinger på foretaksnivå utformet av fagsjef i samarbeid med prosjektgruppemedlem etter innspill fra de respektive klinikkene. Endelig vurdering på foretaksnivå har så blitt behandlet i direktørens ledergruppe før oversendelse til prosjektledelsen.

Vurderingene fra funksjonene selv og fra foretaksledelsen i helseforetakene, er gjort med ulike utgangspunkt og perspektiv. Det er naturlig at de fleste funksjonene ikke

ønsker større endringer i form eller redusert finansiering. Foretaksledelsen har på sin side et helhetlig ansvar som også inkluderer krav til prioritering. Dette gjelder spesielt når det er knapphet på ressurser. Derfor vil foretakenes vurdering i noen tilfeller være ulik egenvurderingen fra funksjonene.

4.2.2 Digital brukerundersøkelse (Questback)

Det ble utarbeidet to digitale undersøkelser, primært beregnet på interessenter utenfor spesialisthelsetjenesten. Den ene var tilegnet helsepersonell, den andre tilegnet pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner (oppsett vedlegg 5). Undersøkelsen var basert på følgende problemstillinger knyttet til hver funksjon:

- I hvilken grad bidrar funksjonene til å styrke kvaliteten på pasientbehandlingen (kurativ, forebyggende/helsefremmende) i regionen?
- I hvilken grad bidrar tjenestene/funksjonene til beredskap, utdanning, kompetansespredning, råd og veiledning til helseforetakene, primærhelsetjenesten, pasienter og brukere, eller andre målgrupper?
- Er prioriteringene riktige utfra dagens behov?
- Kan det være hensiktsmessig at det som tjenestene/funksjonene yter, bør tilbys i andre former?
- Er det fortsatt behov for den enkelte tjenesten/funksjonen, og gis den best som regional funksjon?

Undersøkelsen ble av prosjektet distribuert via prosjektets internettside våren-2022. Videre distribuering ble utført av samhandlingsavdelingene i helseforetakene, via fastlegenytt og av funksjonene selv. Antall respondenter 428 (helsepersonell) og 56 (pasienter osv).

Prosjektet var klar over at resultatet av undersøkelsen kunne bli vanskelig å tolke. Dette ble også påpekt av noen funksjoner. Den største feilkilden var at prosjektet ikke hadde kontroll på hvem som ble invitert til å svare, og resultatet kan tyde på at invitasjoner til undersøkelsen (der de er initiert av funksjonene selv) er skjevfordelt. Hovedresponsen på undersøkelsen kom fra ansatte i UNN og Nordlandssykehuset, og prosjektet nådde dermed ikke godt nok ut til den primære målgruppen.

Ved oppstart av undersøkelsen ble det innmeldt betenkeligheter vedrørende personvern knyttet til funksjoner som er bemannet med kun én person. Juridisk vurdering sier at det rettslige grunnlaget «berettiget interesse» hos arbeidsgiver er mer tungtveiende enn personvern i denne sammenhengen og at undersøkelsen derfor ikke er ulovlig. Noen funksjoner ble imidlertid fjernet fra undersøkelsen på bakgrunn av nevnte betenkeligheter.

Prosjektet vurderer at undersøkelsen har gitt følgende nytteeffekter:

- Har bidratt i kommunikasjon om pågående prosjekt, både i spesialist- og i noen grad i primærhelsetjenesten
- Det er kommet inn gode fritekstvurderinger som prosjektet vil benytte.

Rangeringsdata fra undersøkelsen (skala fra 1–6) vil ikke bli benyttet og det vil ikke være aktuelt å bruke undersøkelsen for sammenligning av resultater mellom funksjoner.

Fritekstvurderinger i undersøkelsen som kommer fra ansatte i helseforetakene, tas inn i helseforetakenes vurderinger. Fritekstvurderinger fra instanser utenfor spesialisthelsetjenesten, presenteres i rapporten og tas med i prosjektets totale vurdering av den enkelte funksjon.

4.2.3 Øvrige helseforetaks vurdering av funksjoner i UNN og Nordlandssykehuset

Deltakere i prosjektgruppen ble forelagt innsamlede data fra egenvurderinger samt fritekstbesvarelser i brukerundersøkelse. Helseforetakenes deltakere hadde respektivt ansvar for å samle inn synspunkter fra eget foretak pr. funksjon og å presentere disse i en samlet vurdering. Den samlede vurderingen ble forelagt foretaksledelsen i de respektive helseforetakene for behandling og godkjenning før oversendelse til prosjektet.

4.2.4 Behandling i prosjektgruppens møter

Det ble gjennomført 13 møter i prosjektgruppen. I ni av disse (herav fem heldagsmøter) sto vurderinger av funksjonene på agendaen. Divergerende skriftlige innspill fra ulike interessenter og prosjektdeltakere ble behandlet i møtene. I tilfeller der det ikke kom til konsensus i gruppen etter dialog, er dette enten beskrevet i prosjektets vurderinger eller fremmet som dissens i anbefaling,

4.2.5 Møter i styringsgruppen

Det ble gjennomført fem møter i styringsgruppen. Sakene har hovedsakelig omhandlet statusrapporteringer og fremdrift i prosjektet. Styringsgruppen ble muntlig orientert om forslag til anbefalinger i forkant av at disse ble sendt ut til funksjonene selv for tilbakemeldinger.

4.2.6 Innspill fra funksjonene på vurdering/anbefaling før endelig behandling i styringsgruppe

I tråd med mandatet ble de ulike regionale funksjonene i UNN og Nordlandssykehuset gitt anledning til å kommentere på prosjektgruppens anbefaling før den ble presentert for styringsgruppen. Tilbakemeldinger fra funksjonene som ble ansett som avgjørende for resultatet, ble tatt til følge og innlemmet i de endelige vurderinger og anbefalinger.

4.3 Metodekritikk

Kriterier for vurdering gitt i mandat, har vært veiledende for alle vurderinger som er gjort. Disse kriteriene er utarbeidet med utgangspunkt i kriterier for helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester og er derfor best egnet for vurdering av kompetansetjenester. Eksempelvis er ikke behandlingstjenester opprettet for spredning av kompetanse, hvilket gjør spørsmål om kompetansespredning/veiledning vanskelig å svare på. For øvrig er de 51 funksjonene av svært ulikt slag med ulike formål. Flere av kriteriene ble vurdert som ikke relevante for mange av funksjonene og det manglet også opplysninger om funksjonene som i enkelte tilfeller kunne gitt svar på noen av kriteriene. Det finnes også tilfeller der funksjoner svarer på at de oppfyller noen kriterier, men der prosjektgruppen er usikker på hvorvidt oppgaven ligger til funksjonens mandat.

Prosjektet har forsøkt på å kvantifisere kvalitative data ved hjelp av den vurderingsmalen som er gitt i mandat. Kvantifiseringen er gjort i excelformat. Arbeidet er benyttet som et grunnlag, men prosjektgruppen opplever at dette gir begrenset mening for resultatet.

Det ble i tillegg gjort et forsøk på å synliggjøre alle kriterier i vurderingskapitlet for den enkelte funksjon, men dette ga ikke flyt i teksten og ble forkastet.

I mandatet er prosjektet bedt om å gi anbefalinger innenfor følgende kategorier:

- videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå
- videreføres med særskilt finansiering på annet nivå
- videreføres i annen form (f.eks nettverk)
- kan fortsette, men den særskilte finansieringen fases ut med en overgangsordning på tre år før videre finansiering anses dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen.

Prosjektet har sett behov for å gi anbefalinger utover disse kategoriene, for eksempel anbefaling om en faglig gjennomgang.

Metoden for vurderinger som har sitt utgangspunkt i mandatet, peker i størst grad på hvilken oppfatning helseforetakene har av funksjonene. I de tilfeller en funksjon har en utstrakt virksomhet utenfor spesialisthelsetjenesten, har det skriftlige datatilfanget og i særdeleshet sammensetningen av prosjektgruppen, ikke vært tilstrekkelig for å kunne gi en fullstendig vurdering. I tillegg har prosjektet avdekt at det for noen fagområder er behov for en grundigere gjennomgang i nær fremtid med tanke på endringsbehov eller for tydeliggjøring av formål og mandat. Det anbefales derfor at det for disse gjøres en separat vurdering utenfor prosjektet.

Vurderingene av funksjonene er gjort ulikt i det enkelte helseforetak, og den samlede vurderingen fra foretaket har framkommet på ulikt vis. Dette vil være vanskelig å unngå, da foretakene er rigget og jobber på ulike vis.

Vurderingene fra funksjonene selv og fra foretaksledelsen i helseforetakene, er gjort med ulike utgangspunkt og perspektiv. Det er naturlig at de fleste funksjonene ikke ønsker større endringer i form eller redusert finansiering. Foretaksledelsen har på sin side et helhetlig ansvar som også inkluderer krav til prioritering. Dette gjelder spesielt når det er knapphet på ressurser. Derfor vil foretakenes vurdering i noen tilfeller være ulik egenvurderingen fra funksjonene.

Funksjoner innenfor psykisk helsevern og rus skulle bare gjennomgås, uten anbefalinger om endring av form og finansiering. Det kan ha påvirket hvor nøye disse er gjennomgått og om resultat kunne ha blitt annerledes hvis en anbefaling skulle vært gitt.

Arbeidet med å gjøre vurderinger og å komme frem til omforente anbefalinger for 51 regionale funksjoner, har vært omfattende. Prosjektet har brukt betydelig lengre tid enn den første fremdriftsplanen indikerte, fordi oppdragets store kompleksitet først ble avdekket når prosjektet var i gang med arbeidet. I tillegg har det vært langtidssykemelding i prosjektledelsen. Både egenvurderinger og tilbakemeldinger fra øvrige helseforetak, primærhelsetjeneste mv, ble gjort våren-2022. Det er derfor mulig at endringer som har skjedd i funksjonene siste året, også som følge av prosjektet, ikke blir belyst nok i rapporten.

5 Kommunikasjon

5.1 Dialogmøter med UNN og Nordlandssykehuset

Aktuelle regionale funksjoner, tillitsvalgte og vernetjenesten ved UNN og Nordlandssykehuset ble invitert til digitale dialogmøter tidlig i prosessen. Agenda for møtene var presentasjon av prosjektet og dialog. Informasjonsbrev (vedlegg 5), prosjektets mandat og utkast til kommunikasjonsplan ble distribuert før møtet.

Ved Nordlandssykehuset ble det holdt to møter (15. og 21. mars 2022) med til sammen 40 deltakere, og ved UNN ett møte (21. mars 2022) med 57 deltakere.

5.2 Fortløpende kommunikasjon

Kommunikasjonen internt i helseforetakene er i hovedsak fulgt opp via prosjektmedlemmene og styringsgruppemøter der helseforetakenes administrerende direktører og konserntillitsvalgte/verneombud deltar. I tillegg har prosjektleder orientert om prosessen i tre samarbeids-/dialogmøter med KTV/KVO og i møte med ledergruppen i Helse Nord RHF. Arbeidsmiljøutvalgene er orientert om fremdrift i prosjektet ved to anledninger. Noen av funksjonene har henvendt seg direkte til prosjektledelsen.

Informasjon om og plan for prosjektet er lagt ut på prosjektets internettside. Denne siden har jevnlig blitt oppdatert med fremdriftsplaner, statusrapporter for fremdrift i prosjektet og referater fra styringsgruppemøter.

5.3 Kommunikasjon i prosess for vurdering og anbefaling

I prosessen har uferdige dokumenter blitt distribuert i stort omfang innenfor prosjektgruppen, og det har tilkommet endringer underveis. For ikke å skape unødig uro i helseforetakene på grunn av eventuelle feilaktige opplysninger og anbefalinger som ikke har vært godt nok forankret i prosjektet, har det vært nødvendig å ikke distribuere uferdige dokumenter utenfor prosjektgruppen i den initiale prosessen.

Omtale og foreslåtte endringer for de enkelte funksjoner ble distribuert til funksjonene selv for gjennomsyn/tilbakemeldinger så snart prosjektgruppen hadde et omforent utkast klart. Tilbakemeldingene ansees som en del av inkluderingsprosessen og har vært avgjørende for det endelige resultatet som går til styringsgruppen.

6 Funksjonenes varighet (med særskilt finansiering) pr 2023

18 av funksjonene finansiert >10 år

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling - UNN	1988
Fagenhet for autisme – Nordlandssykehuset	1998
Fagenhet for spiseforstyrrelser (barn og unge)– NLSH	2010
Kompetansesenter i smittevern Helse Nord KORSN - UNN	2005
Henteteam nyfødte - NLSH	1975?
Henteteam nyfødte - UNN	1975?
Kropp og selvfølelse – kompetanseprogram – UNN	2001
Mammografitilbud (ambulant screening) - NLSH	2000
Mammografitilbud (ambulant screening) - UNN	2000
Pasienttelefon - Informasjonstjeneste for pasienter og personell vedr fritt sykehusvalg – NLSH	2001
Psykiatrisk innsatsteam, PIT - NLSH	2009
Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling - Lindring i Nord - UNN	2000
Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet, inklusiv årlig konferanse, NLSH	2012
Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge - UNN	2009
Regionalt senter for spiseforstyrrelser voksne - NLSH	2004
Regionalt senter for sykkelig overvekt, RSSO - NLSH	2004
Sosialpediater v/barnehus - UNN	2010
Traumekoordinator - UNN	2011

24 av funksjonene finansiert 5–10 år

Barnepalliativt team - UNN	2021
Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander - UNN	2014
Dropout - UNN	2014
Familieambulatorium – NLSH	2017
Familieambulatorium – UNN	2014
Kompetanse nyfødt intensiv - NLSH	2014
LIS-stilling anestesi - NLSH	2017
LIS-stilling anestesi - UNN	2017
Medikamentfritt tilbud - UNN	2017
Nukleærmedisin (takstjustering) - NLSH	2015
Nukleærmedisin (takstjustering) - UNN	2015
Prostatasenter - UNN	2015
Prostatasenter - NLSH	2016
Regional behandling OCD voksne - UNN	2013
Regional enhet LIS-utdanning - UNN	2017
Regional funksjon for autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT) – UNN	2006

Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse - NLSH	2016
Regional koordinator helsefaglæringer - NLSH	2016
Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet, RAAO, UNN Dropout - UNN	2017
Samvalgssenteret - UNN	2018
Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) - UNN	2015
Sosialpediater v/barnehus - NLSH	2013
Tuberkuloseprogram - NLSH	2015
Tuberkuloseprogram - UNN	2015

3 av funksjonene finansiert under 5 år

Regional forbedringsutdanning - NLSH	2018
Regsim - UNN	2021
Senskade kreft (Seneffektpoliklinikken) - UNN	2020

6 av funksjonene som er vurdert har ikke særskilt finansiering fra Helse Nord RHF

Kompetansesenter RUS Nord-Norge - KoRus Nord - UNN	1995
Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - RVTS - UNN	2006
Kompetansetjeneste for arvelig kreft - UNN	1999
Kompetansetjeneste for diagnostisk fysikk - UNN	2008
Regional behandling OCD barn og unge - UNN	2014
Regional enhet for habilitering og rehabilitering (RKE) - UNN	2007

7 Prosjektets deltagere

Prosjektet har vært aktivt i perioden januar-2022 til juni-2023 og prosjektorganisasjonen har vært sammensatt som følger:

Prosjekteier: Administrerende direktør Helse Nord RHF, Marit Lind

Styringsgruppe

Rolle	Navn	Tittel
Leder	Hilde Rolandsen	Eierdirektør Helse Nord RHF
Medlem	Siri Tau Ursin/Vivi Brenden Bech/Per Angermo	Adm dir Finnmarkssykehuset
Medlem	Anita Schumacher	Adm dir Universitetssykehuset Nord Norge
Medlem	Beate Sørslett/Siri Tau Ursin	Adm dir Nordlandssykehuset
Medlem	Hulda Gunlaugsdottir/Hanne Frøyshov/Lena E. Nielsen	Adm dir Helgelandssykehuset
Medlem	Baard Einar Martinsen Vara: Sissel Alterskjær	Konserntillitsvalgt
Medlem	Jeanette Mikalsen	Konsernverneombud
Medlem	Hege Johannessen Vara: Ole Marius Minde Johnsen	Brukerrepresentant
Medlem	Tove Klæboe Nilsen	Forskningsdirektør Helse Nord RHF

Prosjektgruppe

Gruppen har vært sammensatt av fagsjefer/fagdirektører i helseforetakene, fagdirektør i Helse Nord RHF, rådgivere fra Helse Nord RHF med helsefaglig bakgrunn og konserntillitsvalgte.

Rolle	Navn	Tittel
Prosjektleder	Ann-Britt Nilssen	Rådgiver Helse Nord RHF
Prosjektmedlem	Geir Tollåli	Fagdirektør Helse Nord RHF
Prosjektmedlem	Harald Sunde	Fagsjef Finnmarkssykehuset HF

Prosjektmedlem	Marte Lødemel Henriksen	Fagsjef Universitetssykehuset Nord Norge HF
Prosjektmedlem	Tonje Elisabeth Hansen	Fagdirektør Nordlandssykehuset HF
Prosjektmedlem	Hanne Frøyshov/Anne I. Pedersen/Arpad Totth	Med direktør Helgelandssykehuset HF
Prosjektmedlem	Kari Sandnes	Konserntillitsvalgt
Prosjektmedlem	Ann Mari Jenssen (fra august 2022)	Konserntillitsvalgt
Prosjektmedarbeider/ prosjektstøtte	Siw Skår	Rådgiver Helse Nord RHF

Del II

I denne delen av dokumentet besvares prosjekteiers krav til leveranse pkt 1 og 2 (se kap. 4.1.2). Her presenteres skriftlig datagrunnlag tilknyttet de enkelte funksjoner (fulltekst eller via lenker) samt prosjektets vurderinger/anbefalinger.

De 51 funksjonene som er gjennomgått er av svært ulik karakter. Med tanke på en oversiktlig fremstilling av resultatet, har prosjektet valgt å kategorisere funksjonene som følger:

- Regionale sentre
- Regionale behandlingstjenester
- Regionale kompetansetjenester
- Regionale kompetansenettverk
- Regionale koordinatore
- Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

Det er noen funksjoner som ikke passer inn noen av kategoriene. Disse presenteres under overskriften «Ikke kategorisert».

8 Regionale sentre

8.1 Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (AMA) –seksjon (AMS) – UNN

8.1.1 Historikk og status

Etableringen av arbeidsmedisin som egen spesialitet kan knyttes til Arbeidsmiljøloven fra 1977 som påla bestemte bransjer å ha bedriftshelsetjeneste (BHT). Det førte til utbygging av denne tjenesten med påfølgende opprettelse av arbeidsmedisinske avdelinger. Avdelingene er bedriftshelsetjenestenes andrelinjeressurs og er en del av spesialisthelsetjenesten. Deres mandat og oppgaver er beskrevet [NOU 1988: 41 «Fagfeltet yrkesmedisin i Norge»](#) s. 8:

1. Undersøke og behandle pasienter med yrkessykdommer og foreta utredning av sykdomstilfeller hvor man mistenker at det foreligger en yrkesmessig årsak.
2. Undersøkelser av arbeidstakere som er utsatt for arbeidsrelatert sykdomsrisiko.
3. Studier av hvordan fysiske, kjemiske, psykiske og organisatoriske forhold i arbeidsmiljøet virker inn på individets helse.
4. Arbeidsplassundersøkelser.
5. Undersøkelser som legger grunnlag for forebygging av arbeidsbetingete helseskader.
6. Å være konsultasjons- og informasjonsorgan for myndigheter, institusjoner, bedrifter og enkeltpersoner, der det gjelder yrkesmedisinske spørsmål.
7. Utdannelse av leger og annet personell i yrkesmedisinsk arbeid.

Fagfeltet arbeidsmedisin ligger under to departementers ansvarsområder –Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). AID har det faglige forvaltningsansvaret for arbeidsmiljøpolitikken, herunder Arbeidstilsynet, Petroleumstilsynet, Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og bedriftshelsetjenesten. Det arbeidsmedisinske tilbudet i Norge pr. 2022 består av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), bedriftshelsetjenesten (BHT), og 5 arbeidsmedisinske sykehusavdelinger. Avdelingene er organisert under de regionale helseforetakene som skal ivareta sørge-for-ansvaret for de arbeidsmedisinske tjenestene.

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved UNN (AMA), ble etablert i 1988. Alle oppgavene til avdelingen er ifølge funksjonen selv regionale, – ingen tjenester er eksklusive for UNN.

AMA UNN har to seksjoner; Arbeids- og miljømedisinsk seksjon (AMS som dette kapitlet handler om) og Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO). AMS har ca 20 stillinger, og er tverrfaglig sammensatt med leger og fagpersoner med høyere akademisk utdanning innen naturvitenskaplige fag som fysikk, kjemi, toksikologi, fysiologi og biologi, samt psykologi og samfunnsvitenskap.

De arbeidsmedisinske avdelingene ble finansiert med øremerkede midler fra HOD frem til 2001. Fra 2002 ble finansiering gitt gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. I 2008 vedtok AID å bevilge en årlig sum på 20 mill kroner fordelt på de arbeidsmedisinske avdelingene for å styrke bemanningen, utredningskapasiteten og utdanningskapasiteten. Også disse midlene gis pr. d.d. gjennom basisbevilgningen fra HOD til de regionale helseforetakene.

Avdelingen deler sin tjenesteportefølje inn pasientarbeid, kompetansespredning/veiledning, beredskap og forskningsaktiviteter.

Finansiering

- Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *regionale funksjoner* 15,191 mill.
- Midler fra AID 2008, lagt i rammefinansiering til UNN fra 2018 (Raskere tilbake). Utgjør 5 mill kr i 2022
- ISF pasientbehandling
- I noen grad honorar fra universitetene for undervisning
- [Betalingstjenester BHT/MHV](#): Honorarer, dekning reise/opphold, instrumentutleie
- Ekstern finansiering forskning ca 2-3 mill/år

8.1.2 Egenvurdering

8.1.2.1 Egenvurdering fra Funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Rapport om funksjonen](#)

[Vedlegg til rapport om funksjonen](#)

8.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling i UNN er en viktig regional funksjon som ble etablert i 1988 med direkte særskilt finansiering. Virksomheten har en stor ekstern aktivitet mot bedrifter, kommuner og alle helseforetakene i Helse Nord og er sterkt etterspurt. UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset erfarte – særlig under pandemien – nytten av samarbeid med AMA. Vi ser at det vil være utfordrende å bygge opp tilsvarende lokal kompetanse, og vi ser ingen umiddelbare arvtakere. FIN vurderer derfor at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.1.3.2 Nordlandssykehuset HF

Lungemedisinsk fagområde i Nordlandssykehuset HF benytter tjenestene til AMS, men i et begrenset omfang. For øvrig er senteret lite kjent og benyttet i organisasjonen. Ut fra

tjenestens selvrapportering er det beskrevet et beskjedent antall oppdrag og mellom 40-50 polikliniske pasienter per år fra Nordland, men det er ikke spesifisert hvor pasientene kommer fra (foretaksområde) og hvem som henviser dem (sykehus, fastleger eller andre). Selv om informasjon og kunnskapsdeling er et av formålene med senteret, rapporterer de selv at kjennskapen til arbeids- og miljømedisin er generelt sett for lav i landsdelens HF og øvrig helsevesen. Tjenestens mandat og oppgaver er forankret i spesialisthelsetjenesteloven og senteret er det eneste av sin art i Helse Nord, likevel stiller vi spørsmål med omfang og ressursbruk. Vi kan ikke se at det er nødvendig å bruke så stor ressursmengde regionalt, da også hovedbruken av senteret foregår i UNNs nedslagsfelt. Nordlandssykehuset HF vurderer derfor at funksjonen videreføres med et økt fokus på kunnskapsdeling, men at finansiering og ressursbruk (dagens ramme) kritisk vurderes.

8.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

Fagtilbudet benyttes av pasienter fra Helgeland. Bør videreføres i dagens form.

8.1.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

I hvilken del av helsetjenesten arbeider du?	I hvilket helseforetaksområde arbeider du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Tannhelse	Tannhelse Rogaland	Svært imøtekommen og dyktig rådgiver/yrkeshygieniker i pandemien. God støtte til mindre helsetjenester som ikke har samme kompetanse.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Arbeids- og miljømedisinsk senter (regional funksjon) har vært/er en stor støttespiller og god samarbeidspartner, både for meg og for mine kollegaer. For meg, som yrkeshygieniker i bedriftshelsetjeneste i Nord-Norge, er dette tilbudet utrolig viktig! Det er et lite miljø for yrkeshygienikere, og bistanden vi kan hente fra AMA er umistelig. Det bidrar med ny kunnskap, opplæring, støtte, og kvalitet - og alltid med god service. Vi opplever at det er lav terskel for å ta kontakt, og det er derfor helt naturlig at vi ringer/sender mail når vi har behov for å diskutere en sak. De ansatte i AMA er positive og fremoverlent, og leverer god kvalitet i alle ledd!	AMA
NAV Arbeid og ytelser	NAV	For NAV er det helt avgjørende å ha et samarbeid med Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved UNN mtp pasientsaker hos NAV. Dette gjelder spesielt utredning og grundig vurdering av yrkessykdom, godkjenning av yrkessykdom og spesielt årsakssammenheng mellom aktuell eksponering og utvikling av sykdom.	AMA
Statsforvalteren, Miljøavdelinga	Nordlandssykehuset HF	Jeg oppfatter at AMA har et svært godt kurstilbud for kommunalt miljørettet helsevern, og at de også har en målgruppe innenfor miljø/forurensning som kanskje ikke er så godt kjent.	AMA

Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	AMA er svært nyttig andrelinjetjeneste for miljørettet helsevern i kommunene.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Regionalt helseforetak	God yrkeshygienisk kompetanse ved enheten.	AMA
Helse- og sikkerhetsleder	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Arbeids- og miljømedisinsk senter har vært en meget god samarbeidspart med rådgivning og veiledning. Forskning gjort av ansatte på AMA gir veldig viktig kunnskap om hvordan ivareta ansatte med tanke på helseeksponeringer. Dette er banebrytende forskning.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	AMA er svært viktig for oss som jobber i et relativt smalt felt innen medisin.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Nordlandssykehuset HF	AMA. Holde interessante og relevante kurs for fagmiljøet der ute. Bidrar til å svare på/rådgi/veilede på arbeidsmiljømessige spørsmål innenfor et bredt område.	AMA
Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Brann og redning jobber innenfor et komplekst område hvor arbeidsmiljøutfordringene står i kø. Vi har bidratt til forskning som gjelder vårt arbeidsområde ved å stille oss til rådighet. Vi har mottatt undervisning om brann og kreftfare, og fått gjennomført masketthetsmålinger og fått veiledning på flere andre områder. AMA har også gjennomført undervisning spesielt tilrettelagt for vår utrykningsstyrke, og har også vært på flere bedriftsbesøk hos oss. Vi er veldig fornøyd med å ha denne funksjonen tilgjengelig for oss.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Finnmarkssykehuset HF	Som arbeidende i BHT er det helt nødvendig og ha AMA UNN og støtte seg på! Vi trenger en avdeling som er på det nivået for å ivareta utredning og spesiellehenvendelser	AMA
Samarbeider med helse	Regionalt helseforetak	Tjenestene til innbyggerne i Norge i fagfeltet arbeid - helse, forutsetter en økende grad av samhandling mellom NAV og helsetjenestene. Det å ha faste samarbeidsparter med muligheter for å kunne diskutere felles problemstillinger og mulighetsrommet, samt støtte og bidra inn på arenaer hos hverandre, gir en økt kvalitet i tjenestene, både hver for seg og sammen - bidrar til et mer helhetlig tjenestetilbud til pasientene/brukerne	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Nordlandssykehuset HF	Som ansatt i BHT er samarbeidet med AMA i Tromsø svært viktig ifht oppdatering på nyeste forskning og veiledning innen mange sider av BHT sine kjerneområder, og det er sterkt fagnivå som det som leveres på henvendelser fra AMA!	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	I lys av at muskel-/skjelettplager har høy forekomst i arbeidslivet og står for nesten 40% av legemeldt fravær, skulle jeg ønske en større satsning fremover hos AMA innen dette feltet. Eks økt satsing med	AMA

		<p>tilsetting av personale med spesialitet innen muskel-/skjelett.</p> <p>Generelt oppleves god hjelp og bistand ved henvendelser til AMA. Positivt at AMA har høy fokus på samarbeid med BHT.</p>	
Folkehelseinstituttet	ingen	<p>Viktig funksjon til å ta være på toksikologiske kunnskap i regionen. Har mye lokal kunnskap som vi ikke her</p>	AMA
Sykehus	Sykehuset Telemark	<p>Arbeids- og miljømedisinsk avdeling er helt essensiell for å utrede og ivareta pasienter med helseplager knyttet til påvirkning i arbeid og miljø. Avdelingen har unik miljøkompetanse, noe som er kritisk i den tiden vi går inn i med store klimaendringer og 'kode rød' for helseeffekter som følge av endringer i klima og miljø (The 2022 Lancet report). Noen eksponeringer i arbeid er redusert, mens andre og særlig nye eksponeringer kommer til i takt med utvikling av nye materialer og ny teknologi. Som eksempel er det de senere årene tilkommet flere hundre nye astma triggere. Identifisering av disse i arbeid og miljø og utredning av eksponeringsnivå og sammenheng med helseeffekter kan kun utføres ved arbeids- og miljømedisinske avdelinger. Storting og politikere har gjentatte ganger stoppet nedleggelse og nedbemanning av disse avdelingene fordi nye, store grupper arbeidstagere må utredes for mulig arbeidsskade. I tillegg besitter disse avdelingene en unik epidemiologisk kompetanse, noe som Covid-19 pandemien har vist at er helt sentral for å møte en slik helseutfordring på best mulig måte. Her må foretakene kjenne sin besøkelsestid.</p>	AMA
Sykehus	Regionalt helseforetak	<p>Jeg svarer fra arbeidsmedisinsk avdeling, St.Olavs hospital. Vi mener det er helt essensielt at hver helseregion både har en arbeidsmedisinsk avdeling og et regionalt allergisenter. Når det gjelder arbeidsmedisinske avdelinger er hver helseregion pålagt å ha et slikt tilbud, og etter mitt skjønn kan de derfor ikke legges ned eller reduseres kraftig. Arbeidsmedisinsk avdeling ved UNN driver en utstrakt undervisningsvirksomhet som kommer alle helseregionene til gode. RAAO (regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet) ble dannet etter at helseforetakene fikk i oppgave å opprette slike. De regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokument fra Helsedepartementet i 2011 pålegg om å etablere et regionale tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring for et best mulig tilbud lokalt. Dette er en virksomhet som driver både med utredning/behandling og med kompetanseheving</p>	AMA

		innen allergologi, og er et svært aktuelt tilbud som på sikt vil bedre helsetilbudet til pasienter med allergiske lidelser. Også her er det et svært godt samarbeid mellom de ulike RAAOene.	
Sykehus	STHF	Regional funksjon arbeids- og miljømedisinsk senter: utreder pasienter med mistenkt arbeidsrelatert sykdom i Helse Nord- ingen andre alternativ for å utrede denne pasientgruppen i regionen.	AMA
Privat bedrift BHT/MHV	Nordlandssykehuset HF	<p>Jeg har lang erfaring fra arbeid med miljørettet helsevern (MHV) både kommunalt og interkommunalt, i tillegg til yrkeshygiene (YH) både for BHT'er og Arbeidstilsynet. Nå har jeg etablert eget AS og selger MHV- og YH-tjenester.</p> <p>Når det gjelder MHV, så er dette en lovpålagt tjeneste som alle kommuner plikter å ha/utføre. Pr. dags dato er det alt for få kommuner både i Nord-Norge, og landet ellers, som gjør det de skal. Det er ikke (kun) jeg som mener dette - Statens helsetilsyn kom med meget sterk kritikk til kommunene i 2020 - basert på et landsomfattende tilsyn utført av Statsforvalterne i 2019: https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2020/barns-helse-er-folkehelse/</p> <p>I Nordland har 20 av 41 kommuner egne stillinger, eller samarbeid om stillinger, som er dedikerte til miljørettet helsevern. Det er en betydelig utfordring å få på plass et fungerende miljørettet helsevern selv med dedikert personell i stillingene - men hva da med de 21 kommunene som ikke har dedikert personell. Mangelen på personell er tilsvarende i resten av landet.</p> <p>Poenget mitt med å dra dette fram i denne sammenhengen, er at det framover vil bli et behov for rekruttering innen MHV. De nyrekrutterte vil ha behov for kompetente fagmiljøer rundt seg. Man kan ikke forvente at de kommer inn med all kompetanse de vil trenge for å være nyttige MHV'ere. Selv om jeg har lang erfaring, og slik sett er langt mer selvgående enn jeg var som nyansatt, har også jeg de senere år dratt nytte av UNN-AMAs særdeles relevante kompetanse - både på kurs som arrangeres, men også ved at de kan være en nyttig diskusjonspartner i enkeltsaker man behandler.</p>	AMA

		<p>Jeg har også opplevd ved gjentatte anledninger at kursene til UNN-AMA har blitt vurdert som relevante av MHV'ere fra den delen av landet som befinner seg sør for Trøndelagsgrensen. Saken er at det arrangeres for lite kurs landet over, som er relevante for MHV'ere. For noen år siden var jeg "i posisjon" til å gi Helsedirektoratet innspill til hva MHV-miljøet trengte fra dem - da spilte jeg inn ideen om "Helsedirektoratets kursserie for MHV-ansatte". Idéen høstet mange anerkjennende nikk rundt bordet, men enn så lenge kan jeg ikke se at Helsedirektoratet har gjort noe med dét - slik sett spiller interesseorganisasjonen NEMFO en viktigere rolle med sine årskonferanser. Poenget mitt her er at kursdagene til UNN-AMA har et potensiale i seg, både for MHV'ere og YH'ere her i Nord-Norge, men også for disse fagmiljøene i hele resten av landet. Da vil det naturlig nok være slik at dette fordrer at UNN-AMA selv fortsetter å ha et trygt og godt fagmiljø, for at man skal ha kunnskap å formidle ut til de som trenger det.</p> <p>For fagmiljøet her i Nord-Norge er det flott at UNN-AMA har hatt en praksis med å arrangere kursene sine på 2 eller 3 ulike steder spredt over hele landsdelen. Dette gjør det betydelig lettere å komme seg på kurs fordi man som deltaker slipper lang reise, noe som også bidrar til at kostnaden ved kursdeltakelsen blir lavere for den enkelte arbeidsgiver.</p>	
Organisasjon	Universitetssykehuset Nord Norge HF	AMA spiller en sentral rolle i det forebyggende helsearbeidet i regionen. Deres arbeid retter seg særlig inn mot å sikre gode arbeidsmiljø, men vil også bidra til god folkehelse. Vi ser verdien av arbeidet ved at industribedrifter får tilgang til HMS-kompetanse ikke minst innen arbeidsmedisin og yrkeshygiene samt deltakelse i forskningsprogram som gir ny kunnskap som vi deler med tilsvarende industri i andre deler av landet.	AMA
Fagforbund	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Jeg jobber som yrkeshygieniker i et fagforbund for oljearbeidere. Jeg mener det er svært viktig at Helse Nord bygger forsetter å bygge opp egen kompetanse på arbeidsmiljø og miljørettet helsevern.	AMA
STAMI	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Jeg leder avdelingen i STAMI som har ansvar for det nasjonale tiltaket under AID: styrking av arbeidsmedisinen i Norge, der UNN er en viktig del av det nasjonale tilbudet og også mottar særskilte midler gitt gjennom tiltaket opprettet i 2008, og som fra 2018 er inkludert i HOD-bevilgningen over statsbudsjettet	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Regionalt helseforetak	Jeg ønsker mer utadrettet virksomhet fra AMA iform av samarbeid om kompetanseheving hos bedriftshelsetjenestene. Jeg ønsker også en sterkere markedsføring av hvilke funksjoner AMA har og hvilke	AMA

		hjelpetilbud de kan gi. Jeg ønsker dem mer "fremme i skoa", opplever dem som lite synlig.	
Bedriftshelsetjeneste	BHT	Denne kompetansen er viktig å inneha på regionalt nivå, da de er en stor samarbeidspartner til arbeidstilsynet og STAMI, som på hver sin måte bidrar til økt kompetanse og kompetanseutvikling til BHT og arbeidsgivere.	AMA
Sykehus	Regionalt helseforetak	Jeg mener at det er viktig å se på helhet og ikke glemme av at flere enheter som for eksempel AMA er en regional funksjon som bidrar til å øke kunnskapsnivået i foretakene slik at ansatte får en bedre arbeidshverdag som er helsefremmende og samtidig bidrar til å øke pasientsikkerheten. Kunnskapen er avgjørende for at vi skal utvikle oss som organisasjon og samtidig ivareta de viktigste ressursene vi har, nemlig de ansatte.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Vi som bedriftshelsetjeneste benytter ukentlig AMA for råd og veiledning innen yrkeshygieniske spørsmål, smittevern og arbeidsmedisinske spørsmål inkludert får vi bistand og veiledning innenfor kartlegging av psykososialt arbeidsmiljø. Vi har også brukt KORSN mye for veiledning rundt smittevern for ansatte.	AMA
Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Vi har benyttet toksikolog ved AMA flere ganger som bistand ved toksikologiske og miljømedisinske problemstillinger. Vi har benyttet lege ved AMA som bistand ved vurdering av helsekonsekvenser ved radioaktiv stråling. Dette har vært svært viktig for de problemstillinger vi har stått i der vi har søkt bistand.	AMA
Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	AMA kompetansesenter: De har hjulpet oss med risikovurderinger av miljøfaktorer, gjennomføring av målinger, risikokommunikasjon(media, berørte parter mv) og ellers bidratt med sin kompetanse i "små" og "større" saker som vi jobber med/forhold vi kommer borti i miljørettet helsevern. I mange tilfeller er det nødvendig for oss med mer spisset kunnskap om en miljøfaktor før vi kan fatte vedtak i en sak. I disse tilfellene har AMA vært uvurderlig. De er mer oppdatert på forskningen i ulike fagfelt enn det vi har muligheten til å være. Ettersom de er nær oss (og vi også treffer dem på kurs o.l.) er det veldig enkelt og lav terskel for å ta kontakt med dem for å diskutere. RAAO: Jeg er ikke veldig kjent med hvordan de jobber, men jeg ser for meg at det ville vært svært nyttig for oss om de hadde informasjonskampanjer rettet mot skoler og barnehager- da vi til stadighet får inn bekymringer fra ansatte/elever/foreldre angående	AMA

		astma, allergi, utslett osv. Vi møter enda på skoler og bhg som skal være såkalt parfymefrie, nøttefrie osv. Vi har fått rådgivning fra kompetansesenteret ved ett tilfelle, men kunne sikkert brukt de mer dersom vi hadde en bedre forståelse av hva vi evt kan "bruke de" til.	
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Viktig for utvikling av arbeidsmedisinsk kompetanse nord for Trøndelag.	AMA
Helse Nord RHF	Regionalt helseforetak	I en tid med svært stort press på den enkelte helsearbeider og på foretakene, har kompetansen til AMA spilt en vesentlig rolle for å ivareta personellet og til å hjelpe foretakene til å forberede seg. Hvert enkelt foretak sitter ikke på tilstrekkelig kompetanse selv, og har hatt nytte av bistand gjennom regionalt nettverksarbeid. Man ser at kompetansen kommer til anvendelse i arbeidet med ivaretagelse av eget personell i krise, i nærværarbeid, i lederopplæring med mer. Kompetansen til AMA tar lang tid å bygge opp, og den ansees som viktig for å bygge opp en solid og motstandsdyktig organisasjon. Vi anser det som svært viktig at AMA får tilskudd til å fortsette sitt viktige arbeid til beste for medarbeiderne og derved pasienter og pasientsikkerhet.	AMA
Besvarelser i Questback-undersøkelse tilegnet pasienter/brukere			
Hvilken gruppe tilhører du?		Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Test av forurensningsbeskyttelse		Arbeids og miljøteknisk avdeling. Vi har benyttet avdelingens tilbud for testing av åndedrettsmasker. Det har vært svært nyttig for oss å kunne ha tilgang på høy kompetanse og labutstyr for læring og utprøving av prototyper. Målet er å skape nye typer masker som forebygger og beskytter mot luftbårne allergener, støv, virus eller bakterier. Dette for å kunne på den ene side å kunne tilby allergikere, astmatikere og KOLS pasienter mer frihet til å bevege seg utendørs i perioder med mye allergener eller flytestøv i lufta til på den andre side kunne bidra til bedre beredskap mot nye virus- eller bakterie pandemier og kjernefysisk nedfall. Med andre ord bidra til forebygging av sykdom og økt livskvalitet noe som forhåpentligvis vil bidra til lavere behandlings- og medisineringsbehov.	

Arbeidstilsynet	Arbeidsmedisinsk avd. har antagelig landets beste kompetanse på bla åndedrettsvern og har bistått Arbeidstilsynet med denne kunnskapen i utarbeidelse av veiledningsmateriell om temaet. På grunn av sin kunnskap om åndedrettsvern og tetthetstesting av disse, deltok yrkeshygieniker Ann Helen Olsen også på Arbeidstilsynets forespørsel i møte med helsedirektoratet i planleggingen av framtidig beredskapslager for personlig verneutstyr (bla åndedrettsvern) for helsesektoren i landet.
Bedriftshelsetjeneste Nordland	Vi opplever AMA-UNN som et meget kompetent og aktivt senter for det forebyggende arbeidet som vi i bedriftshelsetjeneste driver på med. I tillegg fungerer AMA-UNN som andre-linje tjeneste for flere bedriftshelsetjenester i forbindelse med godkjenningsordningen for bedriftshelsetjenester og innehar dermed en viktig rolle som anerkjennes av Arbeidstilsynet. Vi mener at reduksjon av AMA-UNN sin funksjon derfor kan få store negative ringvirkninger for satsingen på det forebyggende arbeidet som er vårt hovedformål. Det vil i så fall være stikk i strid med satsingen som Staten nå legger opp til gjennom forslag til et nytt regelverk for bedriftshelsetjenester.

8.1.3.5 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.
Pasienterfaring	Helt nødvendig med Astma og allergisenteret for å kunne drive trygg anestesi/operasjonsvirksomhet.
Pasienterfaring	Det er svært viktig å ha et regionalt kompetansesenter for arbeidsmedisinsk vurdering og behandling. Både som referanse for primærhelsetjenesten, og for rask vurdering i helseregionen uten å måtte motta samme hjelp utenfor helseregionen.
Pasienterfaring	Vært til utredning ved, samt at organisasjonen jeg jobber i benyttet AMA for å utrede mulig helseskadelig miljø på arbeidsplassen. Dersom AMA ikke hadde gjort de vurderinger de gjorde i min org., hadde det resultert i at ansatte fortsatte å bli syke pga psykiske og fysiske belastninger. En helt nødvendig regional funksjon for å ivareta og veilede pas og organisasjoner der arb.miljø er skadelig.

8.1.4 Prosjektets vurdering

Dette er en funksjon som har eksistert i over 30 år og som har et ansvarsområde som spenner meget vidt (bedriftshelsetjeneste, primærhelse- og spesialisthelsetjeneste m.v.). Prosjektgruppen har ikke hatt deltakere fra primærhelsetjeneste, bedriftshelsetjeneste og miljørettet helsevern, noe som vurderes som sentralt for å kunne gjennomgå og vurdere funksjonens kompleksitet i sin helhet.

Det er ingen tvil om at funksjonens oppdrag er sammensatt og kompleks. Spørsmålet for prosjektet er hvorvidt funksjonen fyller sitt regionale oppdrag (spesialist- og primærhelsetjeneste) og i tråd med mandat. Med bakgrunn i størrelsen på den særskilte finansieringen, mener prosjektet at det må rettes blikk mot hvordan funksjonen er fulgt opp av Helse Nord RHF og UNN i relasjon til opprinnelig mandat.

I sin virketid ser Arbeids- og miljømedisinsk seksjon (AMS) ved AMA, UNN ut til å ha utviklet seg til et omfattende kunnskapssenter for arbeid, miljø og helse i Nord-Norge. På bestilling fra Helse Nord RHF, har UNN ansvar for at funksjonen leverer i tråd med et regionalt oppdrag. Prosjektets initiale gjennomgang av skriftlig materiale samt vurderinger fra interessenter i primær- og spesialisthelsetjeneste, viser at funksjonen spiller en viktig rolle i regionen. Det er i prosjektgruppen imidlertid stilt noen spørsmål ved funksjonens omfang og leveranse på enkelte av de ansvarsområdene som beskrives av funksjonen. I følge funksjonen selv er kjennskapet til arbeids- og miljømedisin generelt sett for lav i landsdelens HF og øvrig helsevesen.

Prosjektet stiller spørsmål ved Helse Nord RHF's oppfølging av funksjonen, når det avdekkes at RHF'et ved tilfeldigheter under ulike omstendigheter de siste par årene er blitt klar over AMS' ressurser.

De konkrete ressurser/tjenester som AMS besitter, bør gjennomgås i en direkte dialog mellom UNN og Helse Nord RHF med tanke på oppdragets omfang/proporsjoner, finansiering og regional utbredelse av tjenestetilbudet. Resultatet av dette kan for eksempel avspeiles i oppdragsdokument til UNN samt i mer konkrete tiltak i UNNs dialogavtale med AMS.

Finansieringen av AMS bør sammenlignes med øvrige regionale helseforetaks finansiering av samme type funksjon. Det bør også vurderes om noen av tjenestene som leveres av AMS, er dekket gjennom øvrige komponenter i inntektsfordelingsmodellen.

Konserntillitsvalgte i prosjektgruppen stiller seg ikke bak at omfang og nivået på finansieringen bør fastsettes etter en dialogbasert gjennomgang.

8.1.5 Prosjektets anbefaling

DISSENS

1. Funksjonen videreføres. Omfang og nivået på finansieringen bør fastsettes etter en dialogbasert gjennomgang.
2. Konserntillitsvalgte mener at funksjonen skal videreføres som i dag. Konserntillitsvalgte forutsetter at funksjonen følges opp av Helse Nord RHF.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) på prosjektets vurdering.

8.2 Kompetansesenter for arvelig kreft – KAK – UNN

8.2.1 Historikk og status

Funksjonen er lovfestet i Bioteknologiloven (1. januar 2004).

Medisinsk genetisk avdeling mottok fra ca. 1999 særskilt finansiering i 4 år til oppstart av et tilbud innen arvelig kreft. Etter de 4 første årene har disse midlene inngått i helseforetakets bevilgninger, og det ytes ingen særskilt finansiering til tjenesten.

[Kompetansesenter for arvelig kreft](#) (KAK) har ansvar for opplæring av pasienter, pårørende og helsepersonell. Videre har KAK ansvar for veiledning og utredning av pasienter og familier i forbindelse med mistanke om arvelig kreft. Forskning, kvalitetssikring og evaluering av virksomheten er også en naturlig del av kompetansesenterets oppgaver i tillegg til opplæring av helsepersonell i hele regionen.

KAK har opprinnelig hatt ambulerende poliklinisk virksomhet i Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. I Tilbakemelding fra funksjonen på prosjektets historikkapittel, fremgår det at den polikliniske virksomheten i Bodø opphørte for ca 1 år siden da Nordlandssykehuset i Bodø ikke lenger hadde anledning til å dekke utgiftene.

Pasienter kan henvise seg selv eller bli henvist av lege til KAK.

8.2.2 Egenvurdering

8.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

8.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Helse Nord RHF ba i styresak 117-2021:

1. Styret ber administrerende direktør om at nødvendige prioriteringer og investeringer for persontilpasset medisin må tas inn i budsjettarbeidet i årene framover.
2. Styret støtter at det opprettes et senter for persontilpasset medisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Ressursbehovet til senteret bes ses i sammenheng med Senter for pasientnær kunstig intelligens, for fellesfunksjoner og synergieffekter.

Behovet for KAK kan sees i sammenheng med etablering av persontilpasset medisin hvor det i stor grad gjøres genetiske analyser i kreftsvulstvev som igjen genererer et økt behov for utredning, veiledning og opplæring av pasienter og helsepersonell for betydningen av funnene som gjøres som ledd i kreftutredningen. Kompetansen i KAK er her svært viktig. Kan dette ivaretas som del av satsningen på persontilpasset medisin i Helse Nord?

UNN vurderer at den regionale funksjonen bør videreføres, men at form og organisering på tjenesten kan vurderes.

8.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.2.3.1 Finnmarkssykehuset

Ingen vurdering

8.2.3.2 Nordlandssykehuset HF

Behandlingsdelen av KAK er godt kjent ved det onkologiske fagmiljøet i Nordlandssykehuset HF og benyttes til flere grupper innenfor kreftområdet. Fagmiljøet hos oss opplever å få god hjelp fra tjenesten og er tilfreds med at også genetisk veiledning kan tilbys poliklinisk i Bodø, for de pasientene som er i behov av det. Slik tjenesten beskriver seg selv er den et kompetansesenter og ikke en kompetansetjeneste. Når det gjelder opplæring av helsepersonell og arbeidet med forskning/kvalitetssikring er dette lite kjent i Nordlandssykehuset. KAK bør derfor styrke informasjonen om tjenesten og formidlingen av det tjenesten gjør. Nordlandssykehuset vurderer at behandlingstjenesten i KAK videreføres i sin nåværende form, men arbeidet med å gjøre øvrig innhold i kompetansesenteret kjent, styrkes.

8.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Pasienter og pårørende informeres om at de kan ta kontakt med Kompetansesenteret for arvelig kreft på UNN, de vil få tilbud om time i Helgelandssykehuset, ved Nordlandssykehuset eller UNN. Kompetansesentret har poliklinisk tilbud i Helgelandssykehuset ca. hver annen måned. Fagtilbudet benyttes av pasienter fra Helgeland. Bør videreføres i dagens form.

8.2.4 Prosjektets vurdering

Det har etter nærmere gjennomgang vist seg at funksjonen ikke er særskilt finansiert fra Helse Nord RHF. KAK er et regionalt kompetansesenter og en del av det regionale tilbudet som den høyspesialiserte medisinsk-genetiske avdelingen ved UNN har.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) på prosjektets vurdering.

8.3 Kompetansesenter for diagnostisk fysikk – UNN

8.3.1 Historikk og status

Tjenesten er lovpålagt. Den ble etablert av Helse Nord i juni 2008 (styresak 63-2008) og opprettet for at alle sykehus i regionen skal ha tilgang på fysikertjenester slik det er beskrevet i Strålevernforskriftens § 50 (FOR-2016-12-16-1659). Tjenesten arbeider med spesifikke oppdrag beskrevet i samme forskrift (særskilt §§ 40, 53), og bistår Strålevernkoordinatorer i deres arbeid (§ 17)

Kontrakter med helseforetakene beskriver oppgavene som tilfaller tjenesten, disse justeres etter det enkelte sykehus' meldte behov.

Funksjonen har ingen særskilt finansiering. Helseforetakene faktureres for de tjenester som benyttes.

8.3.2 Egenvurdering

8.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

[Årsrapport](#)

8.3.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Kompetansetjenesten er avgjørende for å ivareta lovkrav i Strålevernforskriften §50 ved alle sykehus i Helse Nord:

«I virksomheter som benytter medisinsk strålebruk som krever godkjenning etter § 9, skal det inngå realfaglig personell på masternivå med realkompetanse i den aktuelle disiplinen av medisinsk fysikk. Virksomheten skal dokumentere ansvar og arbeidsoppgaver. Antall fysikere og arbeidsoppgaver skal være tilpasset virksomhetens omfang og kompleksitet. Faglig ansvarlig fysiker skal ha ytterligere to års klinisk erfaring.»

Tjenesten er svært viktig og sterkt etterspurt. Dersom hvert foretak skal ivareta oppgaven alene vil dette medføre mindre robuste fagmiljø og trolig fordyre tjenesten. UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.3.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.3.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF opplever å ha god nytte av tjenesten. Vi kan ikke se for oss at vi vil være i stand til selv å bygge et fagmiljø som kan ivareta kravene i loven.

FIN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.3.3.2 Nordlandssykehuset HF

Tjenesten er en viktig bidragsyter til Nordlandssykehuset HF's arbeid innen strålevern. Gjennom bruk av kompetansetjeneste for diagnostisk fysikk har avdelingen fått på plass gode rutiner for optimalisering av undersøkelsesprotokoller med tanke på bildekvalitet til det beste for pasienten. Uten denne tilgangen på kvalifisert personell vil vi få store utfordringer med å gjennomføre optimaliseringsarbeid og kvalitetskontroller på en god og systematisk måte. Fysikertjenesten bidrar også inn i ulike anskaffelser prosesser vedrørende bildedannende utstyr. Vi erfarer at å ha personell fysisk tilgjengelig har stor verdi i arbeidet med strålevern og kvalitet. Samtidig ser man at det å samle flere fysikere ved et arbeidssted slik som nå er positivt for samhandlingen. Nordlandssykehuset HF anbefaler derfor at tjenesten videreføres i dagens form.

8.3.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK har god nytte av tjenesten. Videreføres i sin nåværende form

8.3.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen er ikke særskilt finansiert fra Helse Nord RHF. Helseforetakene faktureres for de tjenester som benyttes.

Kompetansetjenesten er avgjørende for å ivareta lovkrav i Strålevernforskriften §50 ved alle sykehus i Helse Nord. Tjenesten er svært viktig og sterkt etterspurt. Dersom hvert foretak skal ivareta oppgaven alene vil dette medføre mindre robuste fagmiljø og trolig fordyre tjenesten.

8.4 Kompetansesenter i smittevern KORSN – UNN

KORSN har levert egen vurdering av smittevernssenteret som helhet, der funksjonene Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) og Tuberkulosekontrollprogram-UNN inngår. De to sistnevnte funksjonene er i rapporten presentert i egne kapitler. Elementer fra den samlede egen vurderingen vil bli hentet inn til disse kapitlene.

«Antibiotikasenter» som opprinnelig var en av funksjonene som skulle vurderes, er tatt ut av prosjektet. Gjelder Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens (K-res).

8.4.1 Historikk og status

Ifølge Smittevernloven §7-3 skal det regionale helseforetaket sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern. Smittevernloven beskriver videre at det regionale helseforetaket skal utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført. Det gjøres gjennom blant annet Helse Nords smittevernplan og tuberkulosekontrollprogram og helseforetakenes infeksjonskontrollprogram (IKP).

Smittevernforskriftens kap 3. §3-1 presiserer oppgavene til det regionale helseforetaket, herunder å ha et senter for smittevern i helsetjenesten som skal være kompetansesenter for helseregionen. Kompetansesenteret skal i tillegg:

- samordne smittevernarbeidet, stimulere til aktivitet og fremme fagutvikling i det regionale helseforetakets helseinstitusjoner og
- yte sakkyndig hjelp til andre helseinstitusjoner i det regionale helseforetaket, herunder smittevernrådgivning, overvåking, kompetansehevede tiltak for personell, forskning og oppklaring av utbrudd i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

KORSN ble etablert i 2005 med ansettelse av *regional smittevernoverlege* og *regional smittevernsykepleier*.

Regional TB-koordinator

Opprettet i 2007 som 50% prosjektleder innen tuberkulose-kontroll. Etablert som fast 50% stilling i 2009 (vedtatt i styremøte i Helse Nord RHF 18.06.2008).

I *forskrift om tuberkulosekontroll* § 4-3 tredje ledd står det at det regionale helseforetaket skal sørge for at det utpekes nødvendige tuberkulosekoordinatorer som skal utføre oppgaver som nevnt i §4-4 og utarbeide instruksjoner for tuberkulosekoordinators ansvar og oppgaver som skal inngå som en del av det regionale tuberkulosekontrollprogrammet. I Helse Nord er dette ivare tatt ved stedlige tuberkulosekoordinatorer (i ulike stillingsbrøker) i alle helseforetakene som behandler tuberkulose samt 50% regional tuberkulosekoordinator, ref «Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 Helse Nord kapittel 2.

Regional antibiotikafarmasøyt

Regjeringens «Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020» og «Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2016-2020» påpeker behovet for at arbeidet mot antibiotikaresistens må prioriteres høyere.

Det pågår høsten 2022 et arbeid med å utarbeide regional smittevernsstrategi. Arbeidet ledes av HN RHF der KORSN er sentral deltaker i arbeidet.

Særskilt finansiert i inntektsmodellen for somatikk 2022 – *Regionale funksjoner*: 7,653 mill.

8.4.2 Egenvurdering

8.4.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Årsrapport](#)

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

8.4.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Svært viktig tjeneste som var avgjørende under pandemien. Smittevernloven §7-3 tredje ledd angir at: «Det regionale helseforetaket skal sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om senterets oppgaver.»

Pandemien har vist at det er behov for et sterkt kompetansesenter i smittevern i regionen og dette bør styrkes. UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.4.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.4.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF vurderer at KORSNs eksistens er avgjørende for å samle retning samt å bidra til kompetanseheving innen hele smittevernmiljøet i regionen og derved også FIN HF. FINs smittevernmiljø er marginalt, samt at FIN ikke har egen infeksjonsmedisiner og /eller mikrobiolog, og KORSNs faglige bistand og støtte til sykehusinterne hygiene sykepleiere og smittevernleger er avgjørende for å holde smitteverngruppen oppdatert, samt avgjørende ved behov for bistand i kompliserte smittevern kasuser og smitteoppsporinger. Finnmarkssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.4.3.2 Nordlandssykehuset HF

I Nordlandssykehuset HF oppfattes KORSN til å være en viktig tjeneste som har vært spesielt synlig under pandemien men også nå under det nasjonale utbruddet med Pseudomonas. Fagmiljøene innenfor mikrobiologi, infeksjonsmedisin og smittevern har stadig kontakt med KORSN grunnet ulike problemstillinger og behov for samordning. Vi

erfarer at de bidrar til god koordinering regionalt og som en videreformidler nasjonalt. Nordlandssykehuset HF anbefaler derfor at KORSN videreføres i nåværende form.

8.4.3.3 Helgelandssykehuset

Kompetansesenteret tilrettelegger for faglig diskusjon på tvers av foretakene og kompetansedeling mellom smittevernpersonell. Videreformidling fra nasjonale råd og publikasjoner. Ivaretar veiledning på systemnivå og mindre i individsaker. Koordinerer tiltak i forbindelse med utbruddshåndtering, f.eks. pseudomonasutbrudd. Bidrar også til generell rådgivning, men ikke tilstrekkelig samordning og beslutninger. Sørger for videreformidling av sentrale råd og veiledere.

Når det gjelder smittevern, ikke konkrete målbare resultater, men vår vurdering er at regional samordning f.eks. gjennom pandemien har bidratt til bedre totalt resultat i HF-et og dermed for pasientbehandlingen under pandemien.

Ikke konkrete målbare enkeltresultater på antibiotikabruk, men dokumentert at det iverksettes kvalitetsarbeid på bakgrunn av initiativ/opplæring fra KORSN, samt oppfølging.

Det er behov for at KORSN har fremtredende funksjon i beredskapsorganisasjonen.

Bør ha et tydeligere mandat for samordning av retningslinjer, bidra til forskning på smittevernfeltet og inkludere hele fagmiljøet i regionen i relevante prosjekt.

Bør ha mer fokus på tilgjengelige retningslinjer/brukervennlige nettsider for smittevernpersonell i hele regionen (f.eks. i retning av Smittevern for kommunehelsetjenesten)

Bør styrke systematisk undervisningsbasert kompetansedeling ut mot smittevernpersonell i HF-ene og ha sterkere fokus på kvalitetsforbedring og systematisk forbedringsarbeid. Under pandemien var dette mer tydelig enn i normaltid.

Antibiotika: Bør videreføres i samme form som nå.

8.4.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Qestback)

Pleie og omsorg	Finnmarks sykehuset	Smitte: De siste år har vi hatt tett kontakt med smittevernspsykepleier fra Finnmarkssykehuset HF, vi er med i KORSN-prosjekt, og ser frem til mer samarbeid. Har før pandemi hatt årlige tilbud om tilsyn/undervisning hva gjelder smitte.	KORSN
-----------------	---------------------	---	-------

8.4.4 Prosjektets vurdering

Helse Nord RHF er gjennom smittevernloven pålagt å sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern. KORSN har eksistert i 17 år og ansvarsområdet for tjenesten er beskrevet i Helse Nord's smittevernplan og tuberkulosekontrollprogram.

Tjenesten foretar i stor grad regional kompetansespredning, rådgivning og veiledning og har høy beredskap for unngåelse av smittespredning ved infeksjonsutbrudd. Dette ble svært tydelig under Covid-19-pandemien. Gjennom smittevernsbistand, tuberkulosekontroll og veiledning i antibiotikastyring, bidrar tjenesten til forebyggende og helsefremmende arbeid både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

8.4.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

8.5 Kompetansesenter rus, Nord-Norge (KORUS-Nord) – UNN

8.5.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert i 1995. I kjølvannet av Sosialdepartementets st.meld. NR. 69 (1991-92) «Tiltak for rusmisbrukere», ble det etablert sju regionale kompetansesentre på rusområdet – KORUS - i Norge.

Tjenesten har som overordnet samfunnsoppdrag å bidra til økt kompetanse hos forebyggende virksomhet i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Hovedmålgruppen for arbeidet er kommunalt ansatte, også i andre sektorer enn helsetjenesten.

KORUS-Nord er direktefinansiert fra Helsedirektoratet og har ingen særskilt finansiering fra Hese Nord RHF. Virksomheten rapporteres i [årlige rapporter](#).

8.5.2 Egenvurdering

8.5.2.1.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

8.5.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

KORUS Nord arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. Kompetansesenteret skal bidra til å styrke kunnskap og kompetanse på rusfeltet. KORUS Nord har som overordnet samfunnsoppdrag å bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten på tjenestene og den forebyggende virksomheten i kommunene. De tilbyr kompetanseheving og veiledning innen rusforebygging, tidlig innsats, skadereduksjon, oppfølging og behandling. KORUS jobber ut mot primærhelsetjenesten og andre kommunale sektorer for å bidra til å iverksette nasjonale føringer på rusområdet. KORUS har også oppgaver rettet mot spesialisthelsetjenesten.

8.5.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.5.3.1 Finnmarkssykehuset

Ingen vurdering.

8.5.3.2 Nordlandssykehuset HF

KORUS er den eneste regionale funksjonen som arbeider med rusfeltet, et felt som er stort og under kontinuerlig utvikling. I utgangspunktet skal kompetansesenteret styrke kunnskap og kompetanse innenfor rusfeltet. Vi erfarer imidlertid at fokuset i stort er rettet mot den kommunale helsetjenesten og at formålet ikke bygges opp under. Som eneste kompetansesenter innen rus i nord er det ønskelig med videreføring av funksjonen, under forutsetning av et tydeligere mandat, og fokus og mål om kunnskapsformidling og kompetanseheving rettet mot sykehusene og pasientbehandling.

8.5.3.3 Helgelandssykehuset

Dette er hovedsakelig en tjeneste for kommunalt nivå, og brukes i mindre grad av spesialisthelsetjenesten. En ser likevel at spesialisthelsetjenesten nyter godt av at kommunene kan få kompetanseheving gjennom KORUS og legge til rette for fagutvikling.

8.5.4 Prosjektets vurdering

KORUS Nord er direktefinansiert fra Helsedirektoratet og har ingen særskilt finansiering fra Helse Nord RHF.

Funksjonen har som overordnet samfunnsoppdrag å bidra til økt kompetanse hos forebyggende virksomhet i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Hovedmålgruppen for arbeidet er kommunalt ansatte, også i andre sektorer enn helsetjenesten.

Tilbakemeldinger fra helseforetakene er at det er ønskelig med et tydeligere mandat med fokus på kunnskapsformidling og kompetanseheving rettet mot sykehusene og pasientbehandling. Funksjonen påpeker i sin tilbakemelding at spesialisthelsetjenesten er nevnt som sekundærmålgruppe for KORUS, men at de aller fleste konkrete oppgavene som tilskuddsbrevet består av er rettet mot kommunene. En dreining mot mer fokus på spesialisthelsetjenesten må i så fall komme fra Helsedirektoratet i form av konkrete oppgaver.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

8.6 Prostatasenter – UNN

8.6.1 Historikk og status

I [statsbudsjettet 2014](#) beskrives formålet med prostatasentre som flg:

«Det skal opprettes tverrfaglige prostatasentre for god og effektiv utredning av pasienter med prostatakraft i alle helseregioner».....«Prostatakraft utgjør 25 pst. av alle krefttilfellene hos menn, og er den vanligste kreftformen blant menn. Prostatasentre vil kunne gi pasienter med symptomer på prostatakraft en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling, og sette pasienten i stand til å ta informerte valg».

Helse Nord ble i 2014 tildelt midler fra HOD til etablering av prostatasenter i regionen. Beløpet ble fordelt mellom til Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF. Begge helseforetak skulle opprette sentre i tråd med tiltak i regional kreftplan.

Fra oppdragsdokument 2014 (HN RHF til helseforetakene):

UNN HF: Etablere et prostatasenter. *Samarbeide med NLSH HF* som skal opprette et tilsvarende senter.

Formål og organiseringsform for prostatasentrene i Helse Nord, fremgår ikke av oppdragsdokumentet eller tilhørende saksdokumenter. Men siden funksjonsfordeling av kurativ prostatakraftkirurgi var etablert i Helse Nord lenge før 2014 (kun utførelse ved UNN og NLSH), må det forstås slik at begrunnelsen for tildeling av særskilte midler var igangsetting av tiltak utover det allerede etablerte (utredning og kirurgisk behandling). Og det er da nærliggende å forstå at prostatasenterets oppdrag skulle være kvalitetsheving av det allerede etablerte samt effektivisering av forløp.

Prostatasenteret i UNN ble etablert i 2015. Senteret har ansatt studiesykepleier i 50% stilling for utvikling og oppfølging av kvalitetsregistrering samt koordinator som bistår mot pasienter, primærhelsetjeneste, eksterne utredningsenheter og samarbeidende foretak.

Prostatasenteret i UNN arbeider aktivt med fremtidig forbedring og effektivisering i utredningen av prostatakraft ([vedlegg 3](#)).

UNN har øremerket tildelte midler fra Helse Nord RHF til bruk for senteret.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 3,225 mill

8.6.2 Egenvurdering

8.6.2.1 Egenvurdering fra tjeneste

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

8.6.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Det er et krav fra HOD til Helse Nord RHF i Oppdragsdokumentet 2014 at Helse Nord skal ha minst ett prostatasenter. Målet med sentrene jf. Statsbudsjettet er å legge til rette for at pasienter med symptomer på prostatakreft kan få en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling, og settes i stand til å ta informerte valg.

Prostatakreft er en tilstand som i dag utredes og behandles ved alle sykehusene i Helse Nord (medikamentell behandling foregår ved alle sykehus, kirurgi er i dag sentralisert til UNN og NLSH og kurativ stråling til UNN). Andelen pakkeforløp prostatakreft innen standardisert forløpstid er lavere i Helse Nord enn i andre helseregioner. Det er utfordringer med overganger i pakkeforløp mellom sykehusforetakene. Organiseringen med senter avviker i forhold til andre kreftsykdommer.

Vedrørende videreføring i annen form:

Det er i dag ikke god nok måloppnåelse for det sentrene skal oppnå. Det gjelder spesielt på tvers av sykehusforetakene. Hvordan kan vi bedre måloppnåelsen?

UNN vurderer at tjenesten bør videreføres.

8.6.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.6.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Prostatasenteret på UNN arbeider på overordnet nivå for å overvåke og følge med at/om gjeldende retningslinjer følges og hvordan vi skårer på kvalitetsregistre. Det er i motsetning til NLSHs prostatasenter ikke et behandlingssenter. Finnmarkssykehuset HF har store problemer med å oppnå kravene for pakkeforløp prostata, men ser at vi likevel har gode resultater for harde endemål slik de framkommer i Kreftregisterets årsrapporter. Finnmarkssykehuset mener at tjenesten bør videreføres. Samarbeidet mellom prostatasenteret og Finnmarkssykehuset må intensiveres med det formål å bedre kvalitetsdata fra FIN, særlig innen prostatakreft.

8.6.3.2 Nordlandssykehuset HF

Prostatasenteret på UNN er et av to regionale prostatasenter, opprettet av Helse Nord etter oppdrag fra HOD gjennom oppdragsdokumentet 2014. Formålet med de to sentrene er at pasienter med symptomer på prostatakreft kan få en rask diagnostikk og behandling og oppfølging, inkludert god informasjon og mulighet for medvirkning. Nordlandssykehuset HF vurderer at det fortsatt er behov for to prostatasenter i Helse Nord, men at samhandlingen mellom dem kan styrkes. Nordlandssykehuset HF anbefaler at tjenesten videreføres.

8.6.3.3 Helgelandssykehuset

Prostatasener på UNN og NLSH bør fungere på samme måte og ta ansvar for hele behandlingsskjeden, inkl. robotkirurgi. HSYK utfører nå selv utredning (fusjonsbiopsier) av sine prostatapasienter. HSYK foreslår at prostatakreft finansieres som andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.

8.6.4 Prosjektets vurdering

Prostatasenteret skal dekke UNN og Finnmarkssykehusets opptaksområde. Andelen pakkeforløp for prostatakraft gjennomført innen standard forløpstid har over tid vært under styringsmålet (70%) i Helse Nord ([Styringsportal](#)).

Selv om resultatene av behandlingen i stort er gode, målt etter nasjonale kvalitetsindikatorer (Kreftregisteret), må andelen innenfor standard forløpstid økes.

Resultatene av behandlingen viser seg likevel å være gode (Kreftregisteret).

Det er likevel grunn til å ta den den lave måloppnåelsen for pakkeforløp prostatakraft gjennomført innen standard forløpstid ad notam.

UNN startet i januar-2014 kartlegging av behov for samhandlings- og utredningsressurser som måtte etableres for å kunne oppfylle målet med et prostatasenter ([vedlegg 1](#)). Etter dette (nov-2015) ble det laget plan for senteret som omtaler ledelse, styringsgruppe, målsetting, arbeidsform og økonomi ([vedlegg 2](#)). Dette tyder på at intensjonen med senteret tidlig ble realitetsbehandlet, men det bemerkes at ansvaret for Finnmarkssykehusets opptaksområde ikke nevnes i disse dokumentene. Egenvurderingen inkluderer imidlertid ansvaret for Finnmarkssykehuset og beskriver kompetansespredning både i spesialist- og primærhelsetjeneste, tiltak for optimalisering av behandlingsforløp samt implementering av nye, anbefalte utredningsteknikker.

Formålet med oppdraget fra HOD var forbedring av prostatakraftomsorgen. Informasjon til pasienter om videre oppfølging og behandling samt det å sette pasienten i stand til å ta informerte valg, er spesielt løftet frem i formålsbeskrivelsen. I dokumentasjonen til prostatasenteret ved UNN, er pasientperspektivet tatt med. Selv om resultater av behandling scorer høyt i UNN, er forventet måloppnåelse for prostatasenteret etter 7-8 års eksistens for lav dersom man bruker måloppnåelse for pakkeforløp som målestokk.

Når det gjelder bedring av kvalitet, prognose eller livskvalitet for pasienter med prostatakraft, er det usikkert hvilken betydning satsningen fra 2014 har hatt.

Finnmarkssykehuset sier i sin vurdering av prostatasenteret at samarbeidet mellom prostatasenteret og Finnmarkssykehuset må intensiveres.

I sin tilbakemelding til prosjektet sier leder ved prostatasenteret-UNN følgende:

Prostataomsorgens kvalitet ved UNN, dokumentert årlig gjennom Kvalitetsregisteret (Kreftregisteret) holder høyeste nasjonale standard. Det er min oppfatning at dette i betydelig grad kan tilskrives det handlingsrommet etablering av prostatasenter i UNN har gitt oss.

- På bakgrunn av høy forløpstid og innspill fra Finnmarkssykehuset må Prostatasenter UNN se nærmere på:
 - o hvordan samarbeidet mellom HFene i opptaksområdet kan forbedres på området

- hvor de mest alvorlige «flaskehalsene» for effektive forløp ligger og iverksette tiltak.
- Helse Nord RHF bør definere målene for et prostatasenter og gi et klart mandat.
- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med Nordlandssykehuset i etablering av senteret, synes ikke oppfylt. Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.

8.6.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå. Ny vurdering av senterets måloppnåelse foretas i 2025. I denne vurderingen bør det sees på om finansieringen av prostatakraft (inklusive proststasentrenes funksjon) bør bygges på samme modell som for andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.

I nær fremtid:

- Helse Nord RHF må definere målene for et prostatasenter og gi et klart mandat.
- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med Nordlandssykehuset i etablering av senteret, synes ikke oppfylt. Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.

[Tilbakemelding fra tjeneste](#) etter prosjektets vurdering.

8.7 Prostatasenter - Nordlandssykehuset HF

8.7.1 Historikk og status

I [statsbudsjettet 2014](#), beskrives formålet med prostatasentre som flg:

«Det skal opprettes tverrfaglige prostatasentre for god og effektiv utredning av pasienter med prostatakraft i alle helseregioner».....«Prostatakraft utgjør 25 pst. av alle krefttilfellene hos menn, og er den vanligste kreftformen blant menn. Prostatasentre vil kunne gi pasienter med symptomer på prostatakraft en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling, og sette pasienten i stand til å ta informerte valg».

Helse Nord ble i 2014 tildelt midler fra HOD til etablering av prostatasenter i regionen. Beløpet ble fordelt mellom til Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF. Begge helseforetak skulle opprette sentre i tråd med tiltak i regional kreftplan.

Fra oppdragsdokument 2014 (HN RHF til helseforetakene):

Nordlandssykehuset HF: Etablere et prostatasenter. *Samarbeide med UNN HF* som skal opprette et tilsvarende senter.

Formål og organiseringsform for prostatasentrene i Helse Nord, fremgår ikke av oppdragsdokumentet eller tilhørende saksdokumenter. Men siden funksjonsfordeling av kurativ prostatakraftkirurgi var etablert i Helse Nord lenge før 2014 (kun utførelse ved UNN og NLSH), må det forstås slik at begrunnelsen for tildeling av særskilte midler var igangsetting av tiltak utover det allerede etablerte (utredning og kirurgisk behandling). Og det er da nærliggende å forstå at prostatasenterets oppdrag skulle være kvalitetsheving av det allerede etablerte samt effektivisering av forløp.

Prostatasenteret i Nordlandssykehuset ble etablert i 2016. Senteret har tilknyttet en kreftkoordinator som følger opp og koordinerer tjenester mellom oppmøtene i sykehuset.

Særskilt finansiering år 2022 i inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 3,261 mill

8.7.2 Egenvurdering

8.7.2.1 Egenvurdering fra tjeneste

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

8.7.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Prostatasenteret i Nordlandssykehuset HF driver utredning og behandling av pasienter med prostatakraft for Nordlandssykehuset HF's og Helgelandssykehusets nedslagsfelt.

Funksjonen er spesielt viktig for gjennomføring av pakkeforløp for prostatakraft og kan vise til gode kvalitetsdata dokumentert gjennom Kreftregisteret for prostata. Det er forventet at antall personer med prostatakraft vil øke, pga. økende levealder.

Funksjonen kan ikke ha en annen form, og ved avvikling måtte funksjonen overføres til UNN. Det vil medføre et betydelig ressurspåslag både av personell og økonomi, ved at alle pasientene i NLSH og HSYK måtte utredes og behandles ved UNN, Tromsø.

Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.7.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.7.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Tjenesten er beskrevet svært forskjellig fra senteret på UNN. På UNN består arbeidet i en mer av overordnet overvåking der senteret følger med at/om gjeldende retningslinjer følges og hvordan helsetjenesten skårer på kvalitetsregistre. Slik NLSHs prostatasenter er beskrevet er dette en rein behandlingstjeneste for Nordland og Helgeland. Vi ser ingen grunn til at den skal ha en regional finansiering.

Finnmarkssykehuset HF vurderer derfor at funksjonen videreføres i NLSH som en behandlingstjeneste, men regional finansiering avsluttes.

8.7.3.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF

UNN viser til at funksjonsfordeling av kreftbehandling vurderes i arbeidet med regional kreftplan og ikke inngår i vurderingene av regionale funksjoner med særskilt finansiering. Det er fornuftig å ha en helhetlig tilnærming til diagnostikk og behandling av prostatakraft. Sentrene bør videreføres.

Hvorvidt diagnostikk og behandling av prostatakraft som eneste kreftform skal organiseres som sentre med særskilt finansiering er et viktig prinsipielt spørsmål som styringsgruppen kan ta stilling til.

Styringsgruppen kan vurdere om finansieringen av disse skal harmoniseres med finansieringen av andre kreftformer. Fjerning av særskilt finansiering vil ikke endre funksjonsfordelingen i Helse Nord.

Det er mulig at innholdet i prostatasentrene bør harmoniseres i Helse Nord? Her kan det sees hen til innhold i prostatasentre i andre helseregioner.

8.7.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK utfører per i dag større del av utredning enn NLSH, og bør dermed inngå i en særskilt finansiering dersom slik finansiering skal opprettholdes. Det er pr i dag et mer komplett utredningstilbud i HSYK (fusjonsbiopsier)

Prostatasener på UNN og NLSH bør fungere på samme måte og ta ansvar for hele behandlingsskjeden, inkl. robotkirurgi. HSYK utfører nå selv utredning (fusjonsbiopsier) av sine prostatapasienter. HSYK foreslår at prostatakraft finansieres som andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.

8.7.4 Prosjektets vurdering

Prostatasenteret skal dekke Nordlands- og Helgelandssykehusets opptaksområde. Andelen pakkeforløp for prostatakraft gjennomført innen standard forløpstid har over tid vært under styringsmålet (70%) i Helse Nord ([Styringsportal](#)).

Selv om resultatene av behandlingen i stort er gode, målt etter nasjonale kvalitetsindikatorer (Kreftregisteret), må andelen innenfor standard forløpstid økes.

Nordlandssykehuset utarbeidet i juni-2015 en [rapport](#) som beskriver prostatasenterets oppdrag, organisatorisk oppbygging, pasientforløp og samarbeid med andre klinikker. Helgelandssykehuset er inkludert i den organisatoriske skissen. Dette tyder på at intensjonen med senteret og tilhørende ekstra bevilgning tidlig ble realitetsbehandlet. Det er imidlertid ingen beskrivelser i rapporten som omtaler samarbeid, kommunikasjon og kompetansespredning rettet mot primærhelsetjeneste og pasienter.

Formålet med oppdraget fra HOD var forbedring av prostatakraftomsorgen. Informasjon til pasienter om videre oppfølging og behandling samt det å sette pasienten i stand til å ta informerte valg, er spesielt løftet frem i formålsbeskrivelsen. Det er vanskelig ut fra egenvurderingen å få et bilde på hvordan Nordlandssykehuset har fokus på det særskilt finansierte oppdraget, da det altoverveiende fokuset i egenvurderingen ligger på den kirurgiske behandlingen som foregår i Nordlandssykehuset Bodø. Selv om resultater av behandling scorer høyt i Nordlandssykehuset, er forventet måloppnåelse for prostatasenteret etter 6-7 års eksistens for lav dersom man bruker måloppnåelse for pakkeforløp som målestokk.

Når det gjelder bedring av kvalitet, prognose eller livskvalitet for pasienter med prostatakraft, er det usikkert hvilken betydning satsningen fra 2014 har hatt.

Det er utfra Helgelandssykehusets vurdering vanskelig å få et klart bilde av hvilken betydning prostatasenteret har hatt med tanke på forbedring av prostataomsorgen i deres opptaksområde.

- Prosjektet vurderer det som nødvendig at Prostatasenteret i Nordlandssykehuset ser nøyere på:
 - o intensjonen med de særskilt tildelte midlene fra 2014. Samarbeidet med Helgelandssykehuset må settes på agendaen.
 - o hvor de mest alvorlige «flaskehalsene» for effektive forløp ligger og iverksette tiltak.
- Helse Nord RHF bør definere målene i et prostatasenter og gi et klart mandat
- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med UNN i etablering av senteret, synes ikke oppfylt. Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.

8.7.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå. Ny vurdering av senterets måloppnåelse foretas i 2025. I denne vurderingen bør det sees på om finansieringen av prostatakraft (inklusive prostatasentrenes funksjon) bør bygges på samme modell som for andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.

I nær fremtid:

- Helse Nord RHF må definere målene for et prostatasenter og gi et klart mandat.
- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med UNN i etablering av senteret, synes ikke oppfylt. Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.

8.8 Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering Helse Nord (RegUt) – UNN

8.8.1 Historikk og status

Første budsjettår var 2017 med tildeling fra RHF'et. Leder ble tilsatt mars 2017, samtidig som forskriften trådte i kraft.

RegUt HN ble etablert begrunnet i [Spesialistforskriftens §4 bokstav d](#)) som sier at det skal opprettes regionale utdanningsentra som skal ha ansvar for å utvikle og gjennomføre læringsaktiviteter.

I rundskrivet til forskriften, er det presisert at senteret skal legges til regionsykehuset.

Det er 4 RegUt i Norge og disse har tett samarbeid. De har også [felles mandat og arbeidsrutiner](#).

Innenfor felles mandat, jobber de 4 enhetene noe ulikt og har ulik styring og oppfølging av eget regionsykehus og RHF.

RegUt HN jobber med alle elementer i mandatet, inklusive koordinering av spesialiseringstiltak tilhørende avtaleinngåelser og oppfølging av avtaledokumenter/maler.

Ressursene fordeles på:

- a. Arrangering av nasjonalt anbefalte kurs for LIS fra hele landet
- b. Rådgivning til foretakene i nord mht organisering og forvaltning av LIS utdanning generelt
- c. Kontakt og samarbeid med H-dir og øvrige RegUt for å bidra til samordnet og harmonisert spesialistutdanning i Norge

Styring av tjenesten skjer gjennom [Strategisk råd](#) der sykehusenes fagsjefer og HR-sjefer representerer. Leder for rådet er HR-direktør i Helse Nord RHF.

Tjenesten etterlyser «tilhørighet i ledelse» og felles forvaltningsrammer for regionale funksjoner som skal fungere likeverdig i 4 foretak, slik at det blir mere entydig hva foretakene kan forvente av slike.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 4,030 mill kroner.

8.8.2 Egenvurdering

8.8.2.1.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

8.8.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

REGUT er etablert i alle helseregioner og en nødvendig funksjon for å ivareta spesialistutdanningen for leger.

8.8.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.8.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ser stor nytte i at RegUt videreføres i dagens form. Hvert helseforetak (i alle fall Finnmarkssykehuset) er lite og mye nybrottsarbeid ville måtte utføres på hvert nes hvis det ikke hadde vært for RegUt.

8.8.3.2 Nordlandssykehuset HF

RegUt Helse Nord er etablert med bakgrunn i lovkrav i Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger, og er en funksjon alle helseregioner er pålagt å ha. Nordlandssykehuset erfarer at RegUt er en nødvendig funksjon for å ivareta spesialistutdanningen i Helse Nord på en god måte, på overordnet nivå.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.8.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det er fortsatt behov for regional koordinering da mange fagområder fortsatt ikke er ferdigbehandlet og virksomhetene ikke er godkjent.

Videreføres.

8.8.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen er lovpålagt og innlemmet i rutiner med øvrige RegUt og med Helsedirektoratet. Enheten har vært under stadig utvikling siden oppstart og mandatet skal ifølge egenvurderingen diskuteres ila 2022. Dette er ikke gjennomført pr. april 2023.

Det regionale oppdraget løses gjennom:

- Regional koordinering av spesialiseringsperioder og LIS stillinger, gjøres i nettverk med representant (koordinator) fra hvert foretak.
- Ledelse av regional kurskomite for veilederkurs; Et nettverk av kursholdere som avhjelper hverandre i forberedelser og gjennomføring av veilederkurs (som det er besluttet at alle LIS skal ha før de er ferdig med sin spesialistutdanning).
- Regionalt forum for LIS utdanning: Nettverk av utdanningskoordinerende overleger per foretak i nord, samt koordinatorene fra første kulepunkt. Møtes hver 14.dag.
- Holder regionale seminarer og workshops over tema som pedagogikk, kompetansevurdering, organisering, veiledning.
- Bidrar inn i nasjonale konferanser hvor LIS utdanning er tema. Mest sentral er den årlige konferansen om LIS utdanning.

Det er utviklet en rådsstruktur for faglig samarbeid innen HN som matcher organiseringen i øvrige regioner. Denne rådsstrukturen skal bidra til at både regionale og lokale foretak klarer å ivareta sitt nye ansvar for spesialistutdanning av leger – slik det beskrives i forskriften av 2017.

Prosjektet vurderer at oppdraget gjennom dette løses som forventet og at funksjonen er nødvendig for regionen.

Det stilles av leder for senteret spørsmål vedrørende «regional ledelse og inspirasjon» til en tjeneste som er fullfinansiert av regionale midler og skal fungere likeverdig i 4 foretak, samtidig som tjenesten er underlagt ledelsen av ett foretak. Dette er en utfordring som også berører andre lignende, regionale tjenester i Helse Nord. Saken handler bl.a. om tilhørighet i ledelse, økonomiske kjøreregler og forvaltningsrammer.

Det er nødvendig at Helse Nord RHF setter utfordringen på et sakskart der et samspill mellom regional og lokal ledelse kan tydeliggjøres bedre og til det beste for de funksjoner det gjelder.

Prosjektet anbefaler at det gjøres en evaluering av formål og mandat innen 2. halvår 2024.

8.8.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå. Prosjektet anbefaler at det gjøres en evaluering av formål og mandat innen 2. halvår 2024.

8.9 Regional koordinerende enhet for helsefaglig simulering i Helse Nord (RegSim Nord) – UNN

8.9.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert i 2020 med full bemanning fra februar 2021.

Pålegg om etablering kom i Meld. St.7 fra HOD, [Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023](#): «De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt samarbeid om utvikling og bruk av simulering som metode.»

I oppdragsdokument fra Helse Nord RHF 2020 gis følgende oppdrag til sykehusforetakene i regionen: «Øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering»

Foretaksspesifikke krav til Universitetssykehuset Nord-Norge:

«Etablere regional koordineringsenhet for helsefaglig simulering og ferdighetstrening».

Tjenestens [mandat](#):

- RegSim skal arbeide for at alle helseforetak i nord, skal ha velfungerende enheter for simulerings- og ferdighetstrening.
- Knytte simulering og ferdighetstrening sammen i et regionalt nettverk.
- Overføre erfaringer mellom helseforetak.
- Utvikle kompetanse innen ferdighets- og simuleringstrening, slik at det blir utført med høy faglig kvalitet.
- Oppfordre til hensiktsmessige evalueringer, og eventuelt forskning, av ferdighets- og simuleringsaktiviteter.

Regionale oppgaver:

- Være faglig spydspiss i helsefaglig tverrprofesjonell simulering i regionen som inkluderer alt helsepersonell hvor simulering er egnet læringsarena.
- Besøke og innhente oversikt over ferdighets- og simuleringsaktivitet i regionen, og behovskartlegging i de ulike foretakene.
- Vi skal samarbeide med FOSS og andre relevante aktører
- Samordning av kursaktivitet, arrangere fasilitatorkurs. Holde arbeidsseminar på hvert foretak/sykehus. Delta på RUU seminarmøter for kirurgiske fag.
- Koordinere kompetansebygging, og standardisering av simuleringsaktivitet på tvers av helseforetakene.

Nasjonal oppgave:

- Inngå i nasjonalt samarbeid om simulering. Inkluderes i relevante nasjonale og internasjonale nettverk.

RegSim jobber i 2022 fortsatt mest med kursing av fasilitatorer og teamledere. Det avvikles møter med de foretaksvis koordinatorene og nettverkssamlinger med representasjon fra alle sykehusene i Helse- Nord.

Styring av tjenesten skjer gjennom [Strategisk råd](#) (som for RegUT), der sykehusenes fagsjefer og HR-sjefer representerer. Leder for rådet er HR-direktør i Helse Nord RHF.

Tjenesten etterlyser «tilhørighet i ledelse» og felles forvaltningsrammer for regionale funksjoner som skal fungere likeverdig i 4 foretak, slik at det blir mere entydig hva foretakene kan forvente av slike.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 5,192 mill kroner.

8.9.2 Egenvurdering

8.9.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg](#)

8.9.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

REGSIM er nyetablert og viktig for å understøtte simuleringstrening og spesialistutdanning for leger.

8.9.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.9.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ser stor nytte i at RegSim videreføres i dagens form. Hvert helseforetak (i alle fall Finnmarkssykehuset) er lite og mye nybrottsarbeid ville måtte utføres på hvert nes hvis det ikke hadde vært for RegSim. RegSim Nord har bidratt til struktur på simulering, utdanning av fasilitatorer og også etablert et svært viktig nettverk for ansatte som driver med simulering.

8.9.3.2 Nordlandssykehuset HF

For å oppfylle krav til spesialistutdanningen for leger ble RegSim etablert i 2020 i tilknytning til RegUt ved UNN. Formålet med funksjonen er å koordinere, kurse og understøtte foretakene innenfor ferdighetstrening og simulering. Tilknyttet funksjonen er det etablert lokale simuleringsskordinatorer (50% stilling) ved hvert av de øvrige foretakene. Tjenesten er relativt ny og har fortsatt noe arbeid for å utnytte sitt fulle potensial. Likevel finner vi det riktig at funksjonen videreføres, for å få satt fokus på simulering og ferdighetstrening i utdanningen av leger og annet helsepersonell, samt bidra til å samle og koordinere ressursene i foretakene innenfor området.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.9.3.3 Helgelandssykehuset HF

Bør evaluere om Regsim sentralt har oppnådd ønskede mål. Simulering er et satsningsområde i sykehuset og ressursen kan i større grad benyttes i hvert HF uten egen regional koordinering. Bør stimulere til samarbeid med universitet og videregående skoler for å benytte tilgjengelig fasiliteter. Bør nøye vurderes etter evaluering om dette skal videreføres i dagens form. Kan videreføres som nettverksmodell.

8.9.4 Prosjektets vurdering

RegSim er en relativt ny funksjon som fortsatt har oppgaver å løse for å oppfylle sitt mandat. Tjenesten jobber i 2022 fremdeles mest med kursing av fasilitatorer og teamledere. Det gjennomføres systematiske møter med de foretaksvis koordinatorene og det holdes også nettverkssamlinger med representasjon fra alle sykehus i nord (ikke bare foretakskoordinatorene). Styringen gjennom Strategisk råd ansees som formålstjenlig med tanke på regional utbredelse av tjenestene.

Pålegg om etablering kom i Meld. St.7 fra HOD, [Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023](#) og ble gitt til UNN som oppdrag fra Helse Nord RHF i 2020. Med unntak av Helgelandssykehuset som mener at oppdraget kan utføres uten regional koordinering (heller etablere nettverk), mener øvrige HF at enheten tjener formålet med tanke på struktur og faglighet.

Det stilles av leder for senteret spørsmål vedrørende «regional ledelse og inspirasjon» til en tjeneste som er fullfinansiert av regionale midler og skal fungere likeverdig i 4 foretak, samtidig som tjenesten er underlagt ledelsen av ett foretak. Dette er en utfordring som også berører andre lignende, regionale tjenester i Helse Nord. Saken handler bl.a. om tilhørighet i ledelse, økonomiske kjøreregler og forvaltningsrammer. Det er nødvendig at Helse Nord RHF setter utfordringen på et sakskart der et samspill mellom regional og lokal ledelse kan tydeliggjøres bedre og til det beste for de tjenester det gjelder.

8.9.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

8.10 Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD og Tourettes (R-FAAT) – UNN

8.10.1 Historikk og status

De regionale fagmiljøer for Autisme, ADHD og Tourettes (RFAAT/RKT), i de ulike regionale helseforetakene, ble opprettet gjennom Oppdragsdokument, HOD 2006 og 2009.

Helsedirektoratet ledet et arbeid i 2005 med å nedlegge autismeenhetens knutepunktfunksjon ved Universitetet i Oslo, som resulterte i overføring av ansvar til de regionale helseforetakene. Habiliteringsseksjonen, UNN ble tildelt ansvaret for å drive satsningen for autisme i Helse Nord fra 01.01.06.

Formålet til R-FAAT er at tjenesten, i samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjenesten, skal arbeide for at mennesker med diagnosene autisme, ADHD og Tourettes syndrom får tjenester som er likeverdige, individuelt tilrettelagt og som preges av kontinuitet og kvalitet. R-FAAT skal bidra til økt kompetanse om autisme, ADHD og Tourettes syndrom blant fagfolk i primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge.

R-FAAT driftes gjennom et arbeidsutvalg som møtes hver 6. uke. Referansegruppen til R-FAAT møtes 2 ganger pr år og gir relevante innspill til prioriteringer og relevans av tiltak for å øke kompetanse om de aktuelle målgruppene. Referansegruppen består av representanter fra brukerorganisasjonene (autismeforeningen, touretteforeningen og ADHD Norge) i tillegg til klinikere fra hele Helse Nord.

R-FAAT gjennomfører relevante kurs og kompetansehevende tiltak, drifter faglige nettverk og yter bistand til relevante enheter i Helse Nord gjennom konsultasjonsteam der klinikere kan melde inn case til drøfting/veiledning og/eller assistanse i utredning.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for psykisk helse: 3,691 mill kroner

8.10.2 Egenvurdering

8.10.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

8.10.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Etablert i 2006 i alle helseregioner i forbindelse med nedleggelsen av den nasjonale autismeenhetens knutepunktfunksjon ved OUS. Vi foreslår at dette vurderes som del av helhetlig nasjonal prosess for hvordan tilbudet til pasienter med autisme, ADHD og Tourettes syndrom skal organiseres nasjonalt.

8.10.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.10.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset har benyttet enheten i liten grad for å diskutere egne pasienttilfeller. FIN ser likevel nytten i denne funksjonen, særlig når det gjelder å sikre oppdatering av kartleggingsverktøy, bidra til å sikre opplæring av ansatte og derved sikre tjenestetilbudet i regionen.

Dette er et såpass komplekst fagområde som det er særs viktig at noen har spesialkompetanse på, FIN støtter derfor at man opprettholder en regional funksjon som kommer oss og pasientene i Helse Nord til gode.

8.10.3.2 Nordlandssykehuset HF

R-FAAT skal, i samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjenesten, arbeide for at mennesker med diagnosene autisme, ADHD og Tourettes syndrom får tjenester som er likeverdige, individuelt tilrettelagt og som preges av kontinuitet og kvalitet. Erfaringen fra Nordlandssykehuset er at dette er en relevant funksjon hvor midlene som brukes til tjenesten tilfaller hele regionen. Det er også et godt samarbeid mellom R-FAAT og Nordlandssykehusets Fagenhet for autisme, samt med fagmiljøet i BUP.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.10.3.3 Helgelandssykehuset HF

Benyttes i stor grad av Habilitering, mindre innen BUP Og VOP, kunne med fordel hatt mere fokus også innen ADHD og Tourettes. Mye og god aktivitet mtp fagutvikling innen ASF, har bidratt konkret i fagutvikling innen dette området til Habilitering nå som de har tatt over noen oppgaver fra autismeteamet.

Videreføres i dagens form. Konsultasjonsteamet kunne med fordel ha vært klarere på hvordan man best mulig kan bruke dette i direkte pasientkontakt.

Rådgiverfunksjonen oppleves bra, men her kunne det også vært tydeliggjort hvilke saker og på hvilken måte dette skal legges fram på for å få dette godt journalført i pasientjournalen.

8.10.4 Prosjektets vurdering

Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD og Tourettes i Helse Nord, er ett av fire likelydende nasjonale fagmiljøer og utgjør i tillegg en nasjonal funksjon i samarbeidsmodellen med øvrige RFAAT- enheter. Struktur for daglig drift gjennom konsultasjonsteam synes å være godt etablert gjennom et regionalt samvirke, og miljøet har referansegruppe som består av brukerorganisasjoner og fagpersoner fra hele regionen.

Fagmiljøet vurderes av helseforetakene som relevant og nødvendig.

Innspill til forbedring:

- Konsultasjonsteamet kan med fordel være klarere på hvordan det best mulig kan benyttes i direkte pasientkontakt.

- Rådgiverfunksjonen oppleves bra, men veiledning for utvalg av saker og måten saker bør fremlegges på, etterspørres. Dette spesielt med tanke på journalføring av sakene.

8.11 Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO) – UNN

8.11.1 Historikk og status

De regionale helseforetakene fikk i 2011 og 2013 i oppdrag fra HOD å etablere regionale sentre for astma, allergi og overfølsomhet, RAAO. I Helse Nord ble RAAO etablert i 2017, som det siste av fire RAAO i Norge. Senteret er en seksjon i Arbeids- og Miljømedisinsk avdeling (AMA), organisatorisk plassert i Hjerte- Lungeklinikken.

Oppbygning og funksjon til RAAO er beskrevet i Helsedirektoratets handlingsplan for astma, allergi og overfølsomhet, *Allergifrisk 2015-2024*. RAAO har 3 viktige oppgaver:

1. Spesialisert diagnostikk og behandling av astma, allergi og overfølsomhet
2. Utvikling og spredning av kompetanse til pasienter, pårørende, helsepersonell og studenter, herunder etablere og delta i internasjonale, nasjonale, regionale og lokale fagnettverk
3. Forskning

I egenvurderingen omtaler tjenesten seg som en regional behandlingstjeneste og kompetansesenter, dvs. ikke etablert og organisert etter malen for regionale kompetansetjenester i Helse Nord, og derfor ikke tidsavgrenset.

Senteret beskriver seg selv på sin [internettside](#) som et klinisk behandlingssenter og en regional kompetansetjeneste. RAAO har også etablert referansegruppe med deltakere fra alle helseforetakene og Helse Nord RHF.

Spesialisert utredning og behandling av astma, allergi og overfølsomhet utgjør den største aktiviteten i RAAO. Kompetanse og tilbud for slike tjenester finnes ikke ved noen andre helseforetak i Helse Nord, noe som gjenspeiles i et stort antall henvisninger fra hele regionen. Innenfor klinisk aktivitet utgjør legemiddelallergier, matvareallergier, luftveisallergier, intoleranser og overfølsomhet de største gruppene. Astma håndteres i stor grad av regionens lungeavdelinger og barneavdelinger og RAAO blir i hovedsak brukt ved overveiende allergisk betinget astmasykdom.

En viktig oppgave er å utvikle og spre kompetanse til gruppene nevnt tidligere, både i spesialist- og primærhelsetjenesten, slik at utredning og behandling i større grad kan skje lokalt. Dette, og oppgaver knyttet til veiledning og rådgivning, er i egenvurderingen beskrevet som godt ivaretatt.

Tjenesten påpeker behovet for en utdanningsstilling ved RAAO. Slike stillinger er opprettet i øvrige regioner. Ved å tilby leger fra regionen tidsavgrensede ansettelser ved RAAO for å tilegne seg allergologisk kompetanse til bruk i eget helseforetak eller fastlegepraksis vil kompetanse totalt sett øke.

Se utførlig beskrivelse av aktivitet i egenvurdering.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk *Regionale funksjoner*: 5,555 mill

8.11.2 Egenvurdering

8.11.2.1.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

8.11.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Det er et krav fra HOD til Helse Nord RHF i Oppdragsdokumentet 2013 at:

- Helse Nord RHF skal som oppfølging av Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012) etablere et regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring for et best mulig tilbud lokalt.

Virksomheten har stor aktivitet i hele Helse Nord og er sterkt etterspurt.

UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.11.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.11.3.1 Finnmarkssykehuset HF

I Finnmark finnes ingen særskilt allergologisk kompetanse. Ivaretagelse av pasienter med mistenkt vanskelig allergi, herunder mulighet for å gjennomføre desensibilisering er viktig. Finnmarkssykehuset HF erfarer at det er vanskelig å bygge tilstrekkelig varig kompetanse lokalt. Finnmarkssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

8.11.3.2 Nordlandssykehuset HF

RAAO ble opprettet i 2017, men er fortsatt lite kjent og til dels brukt av medarbeidere i Nordlandssykehuset HF. Enkeltmedarbeidere innenfor både barnemedisin og voksenmedisin rådfører seg med tjenesten, spesielt når det gjelder allergi og noen få pasienter (hovedsakelig voksne pasienter). I tillegg utgår det forskningsprosjekt fra tjenesten som Nordlandssykehuset HF deltar i. Tjenesten dekker en stor pasientgruppe og vi ser behovet for å ha en regional, spesialisert behandlingstjeneste knyttet til denne gruppen. Likevel mener vi at tjenesten i for liten grad har drevet utadrettet virksomhet i foretaksgruppen for å informere og heve kunnskapsnivå og kompetanse. F. eks har ikke tjenesten vært og presentert seg og hva den kan tilby av behandling hos oss. Nordlandssykehuset HF anbefaler at tjenesten videreføres i sin nåværende form, men at fokuset på informasjon om tjenesten og kunnskapsdeling/kompetanseheving regionalt må styrkes.

8.11.3.3 Helgelandssykehuset HF

Tilbudet benyttes av pasienter fra Helgeland og bør videreføres.

8.11.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

Sykehus	Regionalt helseforetak	<p>RAAO Helse Nord er et av 4 regionale sentre for astma, allergi og overfølsomhet i Norge. Helsedirektoratets 10-års program Allergifrisk (2015-2024) slår fast at RAAO-ene skal være "...både kompetansetjeneste og behandlingssenter... spesielt se til behovet for forsvarlig provokasjonstesting". Videre gi rådgivning og opplæring, både i sykehus og kommuner, støtte kommunenes miljørettede helsevern, og drive forskning på allergiske sykdommer.</p> <p>RAAO Helse Nord har på kort tid etter opprettelsen klart å oppfylle disse målsetningene i stor grad, og driver et utstrakt nettverksarbeid i hele regionen. RAAO Helse Nord er også en viktig samarbeidspartner for de 3 andre sentrene, og inngår i et nettverkssamarbeid fasilitert og ledet av avd. for miljø og helse i Helsedir. De 4 sentrene samarbeider bl. a. om utarbeidelse av nasjonale allergimøter (Allergifrisk-konferansen), nasjonale veiledere i fagområdet, undervisningsmaterieell for primærhelsetjenesten, felles uttalelse til sentrale helsemyndigheter og andre, bl.a. i pandemien gitt råd til Folkehelseinstituttet i f m helserådgivning rundt vaksinerreaksjoner osv.</p> <p>Bakteppet er at allergiske sykdommer fortsatt er økende i prevalens, at Norge ikke har hatt en formalisering av dette fagområdet (de fleste andre land i Europa har lenge hatt spesialitet, subspecialitet eller annen formalisering av fagområdet) før opprettelsen av RAAO-ene fra 2011, samt Legeforeningens opprettelse av et kompetanseområde i allergologi 2012, at det er store geografiske forskjeller i tilbudet til diagnostikk, behandling og oppfølging av allergiske sykdommer, spesielt for pasientgruppene med legemiddelallergi, matoverfølsomhet (særlig for voksne), multiorgan-allergier, anafylaksi, vanskelig dokumenterbar overfølsomhet og behandling med allergen immunterapi.</p>	RAAO
Allmennlege	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Jeg har ett sårinteresse for Astma og allergi og har fått meget med støtte og hjelp der jeg har hatt behov for dette	RAAO

Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	<p>AMA kompetansesenter: De har hjulpet oss med risikovurderinger av miljøfaktorer, gjennomføring av målinger, risikokommunikasjon (media, berørte parter mv) og ellers bidratt med sin kompetanse i "små" og "større" saker som vi jobber med/forhold vi kommer borti i miljørettet helsevern. I mange tilfeller er det nødvendig for oss med mer spisset kunnskap om en miljøfaktor før vi kan fatte vedtak i en sak. I disse tilfellene har AMA vært uvurderlig. De er mer oppdatert på forskningen i ulike fagfelt enn det vi har muligheten til å være. Ettersom de er nær oss (og vi også treffer dem på kurs o.l.) er det veldig enkelt og lav terskel for å ta kontakt med dem for å diskutere.</p> <p>RAAO: Jeg er ikke veldig kjent med hvordan de jobber, men jeg ser for meg at det ville vært svært nyttig for oss om de hadde informasjonskampanjer rettet mot skoler og barnehager- da vi til stadighet får inn bekymringer fra ansatte/elever/foreldre angående astma, allergi, utslett osv. Vi møter enda på skoler og bhg som skal være såkalt parfymefrie, nøttefrie osv. Vi har fått rådgivning fra kompetansesenteret ved ett tilfelle, men kunne sikkert brukt de mer dersom vi hadde en bedre forståelse av hva vi evt kan "bruke de" til.</p>	RAAO
Sykehus	Oslo universitetssykehus	<p>Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO) Kompetansetjeneste: RAAO inngår i et nasjonalt nettverk som arbeider strategisk og langsiktig for ivaretagelse av pasientgruppene innen allergologi. Vi er helt avhengige av dette nettverket kvalitetssikring, erfaringsutveksling og for å nå våre felles mål for bedret folkehelse, primærforebygging, forebygging, utredning og behandling.</p> <p>RAAO Behandlingstjeneste: Ingen helseregioner er fullt og helt dimensjonert for det pasienttrykket vi har innen allergologi, og vi er avhengige av at hver helseregion håndterer sine egne pasienter.</p> <p>Allergologisk kan vi i tillegg ha ulike problemstillinger knyttet til regionale forhold, og RAAO UNN har best forutsetninger for å utvikle tilbudet for pasienter i Helse Nord.</p> <p>Arbeidsmedisin: Også innen Miljø- og arbeidsmedisin er vi avhengige av nasjonalt nettverk for kvalitetssikring og sikring av likt tilbud uavhengig av hvor i landet pasientene hører hjemme. Spesielt ønsker jeg å trekke frem samarbeidet innen helseplager tilskrevet</p>	RAAO

		miljøfaktorer, hvor Arbeidsmedisinsk avdeling ved UNN har utmerket seg i kunnskapsformidling til helsepersonell. I tillegg vil det også her være en viktig faktor for videreføring, at Arbeidsmedisin ved UNN kjenner de spesifikke allergologiske arbeidsmedisinske utfordringene i Nord-Norge.	
--	--	--	--

8.11.3.5 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Svarer på vegne av brukerorganisasjon	Det er stort behov for at pasienter blir utredet av fagpersonell, får veiledning i riktig behandling samt opplæring for å mestre sykdommer. Det er altfor få som får tilbud om hjelp fra RAAO. Opplæring av helsepersonell må prioriteres slik at flere kan få hjelp av fastlegen.	RAAO

8.11.4 Prosjektets vurdering

RAAO ble opprettet i 2017 etter oppdrag fra HOD, og er en av funksjonene som er etablert i alle regioner. De regionale sentrene har tett samarbeid nasjonalt, og samarbeider også faglig internasjonalt.

Behandlingstjenesten kan karakteriseres som en tredjelinjetjeneste, som hovedsakelig skal utrede og behandle pasienter etter henvisning fra sykehus, som fastlege og øvrige sykehus i regionene ikke har kompetanse til å ta seg av. Det er svært få spesialister i Helse Nord (og i landet for øvrig) med allergologisk kompetanse, noe som gjør at tilbudet har stor etterspørsel og får henvist mange pasienter også fra fastleger.

På tross av at RAAO selv beskriver seg som utadrettet, deler kompetanse og gir råd og veiledning, vurderer de øvrige helseforetakene at tjenesten i for liten grad har drevet utadrettet virksomhet i foretaksgruppen for å informere og heve kunnskapsnivå og kompetanse. Informasjon om tjenesten og kunnskapsdeling og kompetanseheving regionalt anbefales styrket.

RAAO har fra 2021 etablert regionalt fagnettverk for allergologi, som skal møtes gjennom digitale møter/undervisning 2-3 ganger årlig og arrangere regional konferanse hvert annet år. Målgruppen er alle helseforetak samt fastleger fra hele regionen.

Tjenesten vurderer at de bidrar til bedre *kvalitet, prognose eller livskvalitet for pasienter i hele regionen. Dette underbygges med å vise til at tilbudet manglet før RAAO ble etablert, og til brukerundersøkelse i mai 2021, som viste gode resultater.*

Det er behov for å ha en regional, spesialisert behandlingstjeneste knyttet til denne pasientgruppen, og det er uhensiktsmessig og urealistisk å bygge spisskompetanse lokalt.

RAAO har også et ansvar for å spre kompetanse, og i gjennomgangen har det kommet opp en diskusjon om de skal defineres som kompetansesenter eller kompetansetjeneste. Helse Nord RHF har beskrevet RAAO som en regional behandlings- og kompetansetjeneste, mens tjenesten har sett på seg selv som en kombinert behandlingstjeneste og kompetansesenter. Forskjellen ligger i at en kompetansetjeneste er midlertidig, mens et senter i de fleste tilfeller er permanent. Helse Nord RHF vil avklare dette utenfor prosjektet.

8.11.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå. Når det gjelder kompetanseutvikling og –spredning bør dette arbeidet styrkes, og det bør særlig vurderes hvordan det kan bygges opp tilstrekkelig kompetanse innen allergologi i Helse Nord ved å bruke ressursene som finnes i RAAO.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

8.12 Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) – UNN

8.12.1 Historikk og status

RVTS Nord ble etablert i september 2006.

RVTS Nord sitt overordnet samfunnsoppdrag, gitt av HOD og BFD i 2015, fastslår at kompetansesentrene skal bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i de relevante tjenestene og andre nærliggende sektorer innenfor senterets kompetanseområde og overfor senterets målgrupper.

Sentrene skal være en tjeneste for tjenestene og for den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Det kan være forskjellige målgrupper for de ulike sentrene, men for de fleste sentre vil tjenester på begge forvaltningsnivå, forebyggende virksomhet og beslutningstakere være relevante målgrupper. I tillegg kan befolkningen, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og forvaltningen være målgrupper. RVTSene skal legge dette samfunnsoppdraget til grunn for sitt arbeid. RVTSene er nevnt og gitt en rolle i mange ulike handlingsplaner innenfor våre temaområder.

Tjenesten mottar ingen særskilt finansiering fra Helse Nord RHF.

8.12.2 Egenvaluering

8.12.2.1 Egenvaluering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvaluering](#)
[Årsrapport](#)

8.12.2.2 Egenvaluering fra foretaksledelse UNN

Overordnet samfunnsoppdrag gitt av HOD og BFD i 2015. Kompetansesentrene skal bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i de relevante tjenestene og andre nærliggende sektorer og overfor senterets målgrupper. Sentral aktør for kompetanseheving innenfor forebygging av selvmord, selvskading, vold, traumer, psykososiale belastninger og bedre tilbud til flyktninger og asylsøkere.

8.12.3 Vurdering ulike interessenter

8.12.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF oppfatter RVTS til å være et viktig fag- og regionalt ressurscenter som kan bistå Finnmarkssykehuset HFs ansatte og bidra til styrking av vår lokale fagkunnskap.

Det meldes at RVTS sitt mandat har endret seg og gjort dem mindre tilgjengelige enn tidligere med dårligere oppfølging. FIN vurderer at funksjonen bør videreføres som

regional tjeneste – fortrinnsvis i sin tidligere form der de hadde større ressurser til desentral kursing og kompetanseoverføring.

8.12.3.2 Nordlandssykehuset HF

For Nordlandssykehuset HF's medarbeidere er ressurscenterets arbeid lite kjent og lite benyttet. Kompetanse innenfor selvmordsforebygging og vold er viktig kompetanse, som alle helseforetak som behandler psykiske lidelser må inneha. Da vi ikke erfarer at ressurscenteret bidrar til kunnskapsdeling i noen grad, ser ikke Nordlandssykehuset HF behov for å videreføre tjenesten i sin nåværende form. Hvis behovet for kunnskapsutveksling fortsatt er tilstede kan det vurderes å omgjøre tjenesten til et nettverk bestående av ressurspersoner ved de ulike foretakene

8.12.3.3 Helgelandssykehuset

Vi samarbeider både med nasjonalt senter, NKVTS (spesifikt rettet mot traumebehandlingsmodell; TFCBT) og RVTS. Det har vært samarbeid/involvering med den regionale gruppa. Opplevs som nyttig, og vi ønsker å ha kontakt/bruke dem videre.

8.12.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen finansieres i sin helhet gjennom øremerkede midler fra HOD og får ingen særskilt finansiering fra Helse Nord RHF.

Funksjonen skal hovedsakelig være rettet mot kommunene. Det er fra helseforetakenes side et ønske om at RVTS i større grad bidrar til kompetanseheving rundt vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging også i sykehusene.

8.13 Samvalgssenteret – UNN

8.13.1 Historikk og status

Samvalgssenteret ble etablert i 2018, etter at prosjektet *Mine behandlingsvalg*, i samarbeid med Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Kreftforeningen, hadde utviklet og publisert modell for samvalgsverktøy på helsenorge.no.

Brukerens rett til medvirkning ved valg mellom undersøkelses- og behandlingsmetoder, er forankret i [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#), og tatt inn som sentralt i flere nasjonale og regionale styrende dokumenter.

I 2017 fikk Helse Nord RHF følgende oppdrag i oppdragsdokument fra HOD:

Helse Nord RHF skal utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk i alle helseforetak.

Oppdraget ble videreført til UNN. Samme år ble det i revidert oppdragsdokument gitt følgende oppdrag:

Helse Nord RHF skal lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk. Dette er en oppfølging av oppgave gitt i oppdragsdokument 2017. Prosjektet bør i tillegg omfatte Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, FHI, KS, relevante profesjonsorganisasjoner og brukere/pasientorganisasjoner.

Også dette ble videreført til UNN, men ledelse av fellesprosjektet ble senere lagt til Helse Nord RHF, helsefagavdelingen. Arbeidet skal ferdigstilles innen utgangen av 2023, og vil i tråd med mandatet gi anbefalinger for hvilke nye samvalgsverktøy som skal utvikles.

Samvalgssenterets hovedoppdrag er:

Produsere, publisere og vedlikeholde samvalgsverktøy på helsenorge.no

Bistå helseforetak i implementering av samvalg regionalt

Dele og spre informasjon om samvalg: undervisning i klinikk, for pasienter- og pasientorganisasjoner, universitet- og høyskoler, samt andre relevante institusjoner

I tillegg bidrar senteret til forskning og deltar i nasjonale og internasjonale fagmiljø.

Samvalgssenteret har i 2022 særskilt finansiering – *Overgangsordning*, på 9,069 mill. kroner.

8.13.2 Egenvurdering

8.13.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)
[Årsrapport](#)

8.13.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Samvalgssenteret ivaretar en viktig regional funksjon for å understøtte implementeringen av samvalg. Finansieringen bør videreføres på dagens nivå dersom Helse Nord ønsker å på samme nivå som i dag produsere, publisere og vedlikeholde samvalgsverktøy nasjonalt på helsenorge.no, tilgjengelig for alle innbyggere og helseforetak i alle regioner.

8.13.3 Vurdering fra ulike interessenter

8.13.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset har benyttet seg av samarbeid med samvalgssenteret i Hammerfest, men aldri gjort det i Kirkenes. Vår erfaring spriker således mye.

Finnmarkssykehuset er av den oppfatning at samvalgsverktøy er viktige for pasienter og ansatte. I hvilken grad har man i Norge sikret at det ikke gjøres dobbeltarbeid i de forskjellige regionale helseforetakene? Har man vurdert om mer av denne tjenesten kunne vært nasjonal med nasjonal finansiering?

8.13.3.2 Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset erfarer at Samvalgssenteret har hatt en viktig funksjon i regionen for å samle og spre kunnskap om samvalg i helsetjenesten, men at behovet for Samvalgssenteret i sin nåværende form er endret. Samvalg var i starten nært knyttet opp mot samvalgsverktøy, mens det nå i større grad handler om kultur og holdninger nært knyttet til medvirkning og helsekompetanse. Det har også gjennom perioden vært utviklet gode nasjonale nettsider med informasjon, verktøy, veiledere mm. til bruk i arbeidet med samvalg, noe som gjør Samvalgssenterets funksjon som kunnskapsformidler mer overflødig. Per 2022 har alle foretakene etablert samvalgskoordinatører for å understøtte implementering av samvalg i foretakene. Med innføringen av koordinatorene er behovet for Samvalgssenteret redusert og behovet for styrking i foretakene økt.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form og videreføres som et nettverk blant samvalgskoordinatorene ev også med noe styrkning av det foretaksvisе arbeidet.

8.13.3.3 Helgelandssykehuset HF

Muligens behov for regional koordinering fortsatt en begrenset periode til helseforetakene får etablert lokal koordinering. Se hva som står

Veilederfunksjon om samvalg bør etableres i det enkelte HF. Samarbeid videreføres i nettverksmodell. Videreføres ikke i dagens form.

8.13.4 Prosjektets vurdering

Samvalgsetret har fulgt opp oppdragene og utviklet 13 samvalgverktøy, samt bistått Helse Vest og Helse Midt-Norge i utvikling av to verktøy. Nå ivaretar sentret oppgaven med å vedlikeholde og revidere eksisterende samvalgverktøy i samarbeid med fagmiljøene og FHI. Prosjektet vurderer at dette er en oppgave som inntil videre må videreføres.

De siste to årene har sentret jobbet mer med utvikling og spredning av opplæringsmateriell og implementering av samvalg som metodikk, også ut over egen region. Dette arbeidet er styrket i Helse Nord ved at øvrige helseforetak i regionen har ansatt samvalgskoordinatorer, som samarbeider i et regionalt nettverk med samvalgsetret. I nettverket er det også deltakere fra andre regioner. Prosjektet vurderer at dette arbeidet bidrar til at samvalg i større grad blir integrert i pasientbehandlingen, der pasienten inviteres til å være aktiv og ta valg i utredning og behandling.

Sentret jobber utadrettet med undervisning i etablerte helsefaglige utdanninger, opplæring i helseforetak, kommuner, brukerorganisasjoner og kurs/konferanser både regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Dette vurderes til å være viktig for å integrere samvalg i hele pasientforløpet, ikke bare for det som skjer i spesialisthelsetjenesten.

Det er gjennomført evaluering og brukerundersøkelser, og bruk av samvalgverktøy registreres med målinger. Tilbakemeldinger fra brukerne er gode, og registrering av bruk viser økning.

Prosjektet vurderer at det fortsatt er behov for at samvalgsetret har en rolle som «motor» i arbeidet med samvalg i en begrenset periode, med tanke på kunnskapsspredning og kompetanseoppbygging. For å lykkes med dette er nettverket som er etablert viktig. Fremtidig finansiering bør understøtte lokal oppbygging av kompetanse ved at midler omfordeles fra samvalgsetret til foretakene, eller til andre tiltak som styrker brukerens rett til medvirkning og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell.

8.13.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med finansiering på annet nivå.

Prosjektet anbefaler en gradvis reduksjon i finansiering frem til 2026. Frigiorte midler brukes til å styrke arbeidet med brukers rett til medvirkning og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell i regionens helseforetak. Deretter gjøres en evaluering av videre nytte og effekt av å opprettholde samvalgsetret som regional funksjon.

[Tilbakemeldinger fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

9 Regionale behandlingstjenester

9.1 Diagnostisk enhet uavklarte tilstander -UNN

9.1.1 Historikk og status

Det er nedfelt i Helsedirektoratets pakkeforløpsbeskrivelser at alle helseregioner skal ha minst ett diagnostisk senter. Utredning i *Diagnostisk pakkeforløp for pasienter med uspesifikke symptomer på alvorlig sykdom som kan være kreft*, skal fortrinnsvis utføres i diagnostisk senter der det er opprettet. Helseregionene kan velge å opprette lokale diagnostiske sentra innenfor rammene av lokalsykehusenes medisinske avdelinger. Hvis regionen velger en modell med flere diagnostiske sentra, skal Diagnostisk senter ved universitetssykehuset i regionen ha en regional funksjon og ta imot pasienter fra lokale diagnostiske sentra ved behov ([Helsedirektoratet](#)).

Helse Nord RHF bevilget i 2014 1,2 mill kroner til opprettelse av enheten i UNN (styresak 116-2014). Det er vanskelig å finne dokumentasjon på hvorvidt dette var et tilskudd til etablering, men tildelingsteksten («opprettelse») kan tyde på det.

Diagnostisk Enhet ved UNN ble etablert i 2013 og ivaretar utredning i Pakkeforløpene «Diagnostisk pakkeforløp for pasienter med uspesifikke symptomer på alvorlig sykdom som kan være kreft» og «Metastaser med ukjent utgangspunkt». Slik utredning skjer primært ved pasientens lokalsykehus, men i en del tilfeller trengs ressurser som ikke besittes der og Diagnostisk Enhet forestår da utredning for regionale pasienter.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner* 1,248 mill.

9.1.2 Egenvurdering

9.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

9.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Diagnostisk enhet er opprettet etter vedtak i styret til Helse Nord RHF (sak 116-2014). Virksomheten har en viktig funksjon med å koordinere henvendelser og utredninger av kreft med ukjent utgangspunkt i hele regionen. Det er sannsynlig at samlet ressursbruk rundt disse pasientene reduseres ved at en enhet har koordinerende utredning, men det er mulig å avvikle tilbudet. Utredningen av disse pasientene må da i større grad foregå ved de respektive lokalsykehusene mens UNN ivaretar pasienter i eget opptaksområde. UNN vurderer at det fremdeles er behov for funksjonen, men at den kan avvikles som regional.

9.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF er av den oppfatning at denne funksjonen er en del av kreftutredningen som skjer i tredjelinje og ikke trenger særskilt regional finansiering.

Finnmarkssykehuset støtter derfor UNNs vurdering om at det fremdeles er behov for funksjonen, men at tjenestens særskilte regionale finansiering kan avvikles.

9.1.3.2 Nordlandssykehuset HF

Denne regionale funksjonen benyttes i liten/ingen grad i Nordlandssykehuset HF og vi anser ikke at den har en fullverdig regional funksjon. Nordlandssykehuset HF vurderer derfor at funksjonen kan avvikles.

9.1.3.3 Helgelandssykehuset

Funksjonen er ikke relevant for HSYK. Bør avvikles i dagens form.

9.1.4 Prosjektets vurdering

Den regionale funksjonen har eksistert i ni år i UNN. Oppdraget som omfatter koordinering av henvendelser og utredninger av kreft med ukjent utgangspunkt der lokale ressurser ikke strekker til, ansees som viktig. Det er all grunn til å tro at tilbudet kan føre til bedring av livskvaliteten hos de pasientene som henvises til tjenesten. Det er ifølge egenvurderingen imidlertid usikkert om prognosen bedres.

Vurderinger fra helseforetakene viser at funksjonen i liten grad benyttes utenfor UNNs opptaksområde. Ettersendt informasjon fra enheten vedrørende antall gjennomførte [pakkeforløp i 2022](#) (januar til oktober), bekrefter dette. Enheten har i dette tidsrommet gitt tilbud til 95 pasienter fra UNNs nedslagsfelt (inkluderer også UNNs lokalsykehuspasienter) og til kun 4 pasienter fra andre deler av regionen. Det er vanskelig å vurdere om en så begrenset regional bruk skyldes manglende kjennskap til enheten eller om øvrige HF selv har de ressurser som trengs til å gjennomføre utredning i de aktuelle pakkeforløpene.

Pasientbesøkene er ISF-finansierte.

Prosjektet vurderer at dette er en funksjon som inngår i den kreftutredningen som skal foregå i tredjelinje (regionsykehusnivå).

9.1.5 Prosjektets anbefaling

Den regionale funksjonen *Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander* er pålagt av HOD og kan ikke avsluttes eller videreføres i annen form. Da finansieringen som ble gitt i 2013 oppfattes som oppstartsstøtte, anbefaler prosjektet at den avsluttes fra 2024.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

9.2 Fagenhet for autisme – Nordlandssykehuset

9.2.1 Historikk og status

Tjenesten ble opprettet i 1998 som fylkesdekkende team for Nordland. I de senere år har tjenesten ikke dekket Narvikområdet, som i dag ivaretas av habiliteringstjenesten ved UNN.

I følge egenvurderingen, har autismeteamet vært aktiv og et foregangsteam for kompetansespredning, også i Finnmark med diagnosekurs. De har et nært samarbeid med UNN- Habilitering,

Fagenhet for autisme har som formål å utrede og behandle barn og unge med autismspekterlidelser (ASD) i samarbeid med lokalt hjelpeapparat; spesialist- og primærhelsetjeneste, samt øvrige kommunale tjenester som barnehage og skole.

Teamet består av ni årsverk, hvorav ett årsverk er administrativt, tre årsverk innehas av psykolog/psykologspesialist. Øvrige ansatte er kliniske konsulenter med spesialkompetanse på området. I tillegg benyttes det en overlegeressurs fra annen enhet i avdelingen. Psykologer/psykologspesialister har bygd opp kompetanse og erfaring med utredning av ASD. Kliniske konsulenter har kompetanse innenfor psykisk helsearbeid, atferdsanalyse og behandlingstilnæringer som EIBI¹ og kognitiv terapi.

Tilbudet grenser tett opp mot habiliteringstjenesten, og er i øvrige helseforetak i Helse Nord organisert som en del av habiliteringstjenesten for barn og unge.

Teamet har en særskilt finansiering gjennom inntektsfordelingsmodellen for psykisk helse på 1,081 mill. kr (per 2021), som er knyttet til ambulering (styresak 2016-50).

9.2.2 Egenvurdering

9.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

9.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Fagenhet for autisme jobber med å støtte utredningen og behandlingen av barn og unge med autismspekterlidelser i samarbeid med lokalt helsevesen og kommunehelsetjenesten. Funksjonen dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Per i dag kommer hovedfinansieringen av funksjonen fra Nordlandssykehuset, og den regionale funksjonen slik den praktiseres i dag er underfinansiert. Da funksjonen i stort driver veiledning, ser vi det som hensiktsmessig at den kan avvikles i sin nåværende form som regional funksjon og

¹ EIBI- Evidensbasert intervensjon for barn i alderen 3-5 år med autisme.

videreføres som et kompetansenettverk. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan videreføres i en annen form enn dagens ordning.

9.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset opplever ikke tilstrekkelig støtte fra fagteamet for autisme til at vi kan støtte videreføring av regional finansiering. Våre opplevelser av fagteamet er flg:

- Vanskelig/tungvint saksforberedelse ved innmelding av saker
- Treg respons
- Ikke tilpasset samisk språk og kultur

Finnmarkssykehuset vurderer at det i utgangspunktet er et behov for en slik særlig kompetansefunksjon i regionen, men denne må da organiseres på en mer målrettet måte. Hvis det ikke lar seg gjennomføre bør midlene fordeles direkte til foretakene som kan styrke egen organisasjon.

9.2.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Siden 2015 har mengden pasienter på autismefeltet for barn og unge økt.

Autismeteamet ved Habilitering for barn og unge UNN Tromsø og Fagenhet for autisme ved Nordlandssykehuset har med sine team drevet fagutviklingen i Helse Nord på autismefeltet. Det er et godt samarbeid mellom autismeteamene i Helgelandssykehuset, Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og UNN. Fagenhet for autisme ved Nordlandssykehuset veileder lokalt helsevesen utenfor UNNs nedslagsfelt og finansieres i hovedsak av Nordlandssykehuset. Habiliteringen for barn og unge UNN dekker nedslagsfeltet til UNN uten særskilt finansiering fra Helse Nord.

UNN støtter vurderingen til Nordlandssykehuset om at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form og videreføres som et kompetansenettverk.

9.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Tilbudet benyttes kun i noen svært få spesifikke og utfordrende pasientsaker og ved second opinion. Avvikles som regional funksjon i tråd med innspill fra Nordlandssykehuset. Kan videreføres som nettverk.

9.2.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen ble i sin opprinnelige form opprettet som et fylkesteam i 1998. Ut fra egenervurderingen er formålet å utrede og behandle barn og unge med autismspekterlidelser (ASD) i samarbeid med lokalt hjelpeapparat.

Kompetansespredning, kompetansedeling, veiledning og rådgivning skjer ifølge egenervurderingen gjennom samarbeid med habiliteringstjenestene i regionen, primærhelsetjenesten, foresatte og skole.

Teamet bistår i utredning og eventuelt oppfølging av pasienter, primært ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, hvor det også er gjennomført noe ambulerende. Samarbeidet med Helgelandssykehuset er formalisert gjennom avtale.

Teamet involveres i få pasienter fra Helgeland, og i vurderingene fra øvrige helseforetak foreslås det at funksjonen kan videreføres som et kompetansenettverk.

Funksjonen er å betrakte som delregional da den kun dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets opptaksområde.

Når det gjelder resultater vises det i egenvurderingen til at behandlingsmetoden teamet bruker for førskolebarn (EIBI²), kan bidra til å forebygge senere psykisk lidelse. Funksjonen har ikke egne forskningsresultat å vise til, men deltar i forskningssamarbeid med habiliteringstjenesten ved UNN; *Identifisering av psykiske helsevansker hos barn og unge med autismspektervansker*.

² EIBI <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/autismespekterforstyrrelser-eibi-early-intensive-behavioral-intervention>

9.3 Fagenhet for spiseforstyrrelser (barn og unge)– Nordlandssykehuset

9.3.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert for over ti år siden, som et ambulerende team organisert ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset.

Formålet med teamet er å tilby et forsterket poliklinisk behandlingstilbud for barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser. Teamet følger opp spiseforstyrrelser, mens eventuelle samtidige andre psykiske lidelser følges opp av lokal poliklinikk. Teamet bistår også med rådgivning knyttet til inneliggende pasienter med spiseforstyrrelser.

Teamet har en særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for psykisk helse og rus på 1,431mill. kr (styresak 2016-50). Midlene går ifølge egenvurderingen hovedsakelig til omfattende oppfølging av pasienter i nedslagsfeltet til blant annet Helgelandssykehuset.

9.3.2 Egenvurdering

9.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

9.3.3 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Fagenhet for spiseforstyrrelser (barn og unge) har som formål å ha et forsterket poliklinisk behandlingstilbud for barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser i Nordlandssykehusets, og Helgelandssykehusets nedslagsfelt, i tett samarbeid med lokal BUP. Problemstillinger knyttet til spiseforstyrrelser blant barn- og unge øker og tilbudet i regionen til denne pasientgruppen bør styrkes. Da fagenheten får det meste av sin finansiering fra Nordlandssykehuset, vil utvikling av regional funksjon medføre at pasienter tilhørende Helgelandssykehuset, mister sitt tilbud. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

9.3.4 Vurdering fra ulike interessenter

9.3.4.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset opplever ikke tilstrekkelig støtte fra fagenheten for spiseforstyrrelser til at vi kan støtte videreføring av regional finansiering. Våre opplevelser av fagenheten er følgende:

- Vanskelig å få inn pasienter
- Fagenheten tilbyr fire konsultasjoner per år, erfaringene viser at de tilbakemelding vi får om hva vi kan gjøre – er det samme som vi selv tilbyr.
- Vi er mer vant med å bruke RSS, regionalt senter for spiseforstyrrelser.

- Tilbudet ved denne fagenheten anses derfor som lite relevant for Finnmarkssykehuset.

-

9.3.4.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Fagenhet for spiseforstyrrelser behandler pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser i nedslagsfeltet til Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Tjenesten finansieres i all hovedsak av Nordlandssykehuset. Forekomsten av spiseforstyrrelse er økende og tilbudet til pasientgruppen regionalt bør ikke svekkes. Regionalt senter for spiseforstyrrelser har et godt faglig samarbeid med fagenheten for spiseforstyrrelser. UNN behandler alle pasienter fra eget nedslagsfelt.

Fagenhet for spiseforstyrrelser er en delregional funksjon utenfor UNNs nedslagsfelt. Regional særfinansiering kan bidra til at Helgelandsykehuset opprettholder et tilbud til pasientgruppen. UNN foreslår at funksjonen opprettholdes.

9.3.4.3 Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset opplever å ha godt samarbeid med fagenheten. Det er vanskelig å bygge opp slik særlig spesialisert kompetanse i relativt små allmenpsykiatriske fagmiljø.

Videreføres i dagens form.

9.3.5 Prosjektets vurdering

Fagenheten ble opprettet for over ti år siden som et forsterket poliklinisk tilbud til barn og unge med spiseforstyrrelser i Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets opptaksområde. Teamet jobber ikke med generell kompetansespredning, men har dialog med og veileder personell i lokale BUP. Veiledning til primærhelsetjenesten går fortrinnsvis gjennom lokal BUP.

Det foreligger ikke dokumenterte resultater, men det er grunn til å tro at teamets bidrag ved poliklinisk oppfølging og intensiv måltidsveiledning til familier i egen leilighet er et viktig supplement til ordinær behandling i BUP, både for fagfolk, pasient og familie.

Prosjektet vurderer at funksjonen er å betrakte som delregional da den kun dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets opptaksområde.

9.4 Familieambulatorium – Forebyggende familieteam, UNN

9.4.1 Historikk og status

Forebyggende familieteam, FFT, ble etablert i 2014 etter at UNN fikk oppdrag i OD 2013:

Opprette lavterskel/familieambulatorium³ med særlig vekt på langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling. Tilbudet skal være et lavterskeltilbud til sårbare familier hvor problematikken kan omhandle psykiatri, rus, somatikk. Det skal legges særlig vekt på familier med barn 0-6 år.

Oppdraget var et ledd i oppfølgingen av barn som pårørende⁴ til foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom.

Teamet har fire stillinger med tverrfaglig kompetanse. Klinisk virksomhet er rettet mot familier med barn i alderen 0-6 år der en eller begge foreldrene har psykiske vansker og/eller rusmiddelproblemer. Målet er å fange opp risiko-familier, og gi nødvendig hjelp og oppfølging med sikte på:

- å forebygge skader og komplikasjoner i fosterlivet
- sikre barnet trygge oppvekstvilkår sammen med kompetente voksenpersoner
- styrke foreldrene i deres foreldrekompetanse
- fremme en optimal utvikling hos barnet fysisk, psykisk og sosialt
- forebygge feilutvikling, omsorgssvikt og overgrep
- forebygge at barnet selv utvikler psykiske vansker eller rusmiddelproblemer

Langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling er prioritert. Tilbudet har lav terskel ved at både foreldrene selv og øvrige hjelpeinstanser kan ta kontakt med teamet direkte uten henvisning. Oppfølging skal komme i gang innen to uker etter at henvisningen er vurdert, og tilbudet er gratis. Oppfølgingen tilrettelegges individuelt og kan gis over lengre tid, om nødvendig frem til barnets skolestart. Tilbudet har høy grad av brukermedvirkning, og utformes i nært samarbeid med de som mottar tjenestene. Sentrale samarbeidsaktører er kommunale tjenester, barnehager, NAV og øvrig spesialisthelsetjeneste.

FFT omtales i egenerveringen som en behandlingstjeneste for UNNs opptaksområde, men har etter at det ble etablert fulgt opp enkelt-pasienter fra både Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset.

Teamet har ca. 1840 konsultasjoner per år.

³ Familieambulatorium: Tilbud til gravide, mødre og fedre med sammensatte problemer knyttet til psykisk helse og/eller som sliter med pågående eller tidligere rusproblemer

⁴ Helsepersonellovens §10 a.

FFT gir i tillegg til klinisk tjeneste veiledning til øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester vedrørende barn som pårørende. I tillegg har teamet bidratt med undervisning om tidlig innsats; bla. i kursrekken *Tidlig inn* i regi av KoRUS Nord.

Opprinnelig tildeling for etablering av familieambulatorier fra HOD var 2,8 mill. Av dette beløpet ble kr. 600 000 tildelt Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken for å dekke 50% stilling for barneansvarlig med ansvar for oppfølging av barn som pårørende til somatisk syke foreldre.

Teamet har særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for TSB på 2,222 mill. kr.

9.4.2 Egenvurdering

9.4.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

9.4.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Opprettet i alle helseregioner i Oppdragsdokumentet 2013 etter ønske fra HOD og bevilgning i Statsbudsjettet. En nasjonal evaluering fra 2019 fant at:

«I Helse Nord RHF finnes i dag ett familieambulatorie ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), som skal dekke opptaksområdet til både UNN og Finnmarkssykehuset. Forebyggende familieteam ved UNN står dermed overfor store geografiske utfordringer med tanke på å nå ut til brukere som har bosted lang unna Tromsø. Dette prøver teamet å løse ved å etablere samarbeid med DPS-er/SPHR-er (Sentre for psykisk helse og rus) lokalt. Samtidig uttrykker de bekymring for at organisatorisk arbeid for å få dette til, skal gå på bekostning av ressurser som ellers kunne brukes til å hjelpe familier som trenger det. Nordlandssykehuset fikk også i oppdrag å opprette familieambulatorium. De lyktes ikke med dette og har valgt å løse oppdraget ved å etablere en konsultasjons liaison-tjeneste rettet mot målgruppen. BUP-CL team tar imot pasienter fra både Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Teamet arbeider ikke ambulant og tar ikke imot primærhenvisninger. Det er uvisst i hvilken grad de når ut til målgruppen i hele sitt opptaksområde, på et tidlig tidspunkt i problemutviklingen.»

9.4.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.4.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av dette tilbudet, dels fordi FIN bruker andre tjenester ved UNN (CL-team er anført) og dels pga tjenesten er ukjent blant våre ledere.

9.4.3.2 Nordlandssykehuset HF

Familieambulatorium på UNN dekker UNN og Finnmarkssykehusets nedslagsfelt. Vi er ikke kjent med at medarbeidere i Nordlandssykehuset eller pasienter i vårt nedslagsfelt har benyttet denne tjenesten. Vi synes det er vanskelig å vurdere om tjenesten bør

videreføres i nåværende form, siden tjenesten selv beskriver en underdekning, men likevel har en maksimal ventetid på 2 uker etter henvisning er vurdert. Tjenesten selv beskriver at de i hovedsak ivaretar pasienter i eget nedslagsfelt, og det er ikke angitt tall eller data for antall pasienter ivare tatt for Finnmarksykehuset eller øvrig region. Foretaksledelsen ved UNN har ikke vurdert tjenesten, men henviser til en nasjonal evaluering gjennomført i 2018/19. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles som regional funksjon med særskilt finansiering og videreføres som en lokal funksjon i UNN.

9.4.3.3 Helgelandssykehuset HF

Ingen vurdering.

9.4.4 Prosjektets vurdering

FFT beskrives i egen vurderingen som en behandlingstjeneste for UNNs opptaksområde, og det fremgår ikke at tilbudet dekker opptaksområdet til Finnmarkssykehuset. Dersom behandlingssfunksjonen skal kunne regnes som regional, må tilbudet i funksjonens egen strategi utvides til brukere fra Finnmark.

Funksjonen retter seg særlig til familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling. Dette er helt i tråd med oppdraget som ble gitt i 2013. FFT gir veiledning til øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester vedrørende barn som pårørende, og har bidratt med undervisning om tidlig innsats; bla. i kursrekken *Tidlig inn* i regi av KoRUS Nord. Kompetansespredning ut over dette er ikke beskrevet i egen vurderingen.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) etter prosjektets vurdering.

9.5 Familieambulatorium – Nordlandssykehuset

9.5.1 Historikk og status

Funksjonen ble etablert i 2017, etter at Nordlandssykehuset fikk oppdrag i OD 2014:

Opprette lavterskel/familieambulatorium med særlig vekt på oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn med mødre i LAR-behandling. Tilbudet skal være et lavterskeltilbud til sårbare familier hvor problematikken kan omhandle psykisk helsevern, TSB og somatikk. Det skal særlig legges vekt på familier med barn mellom 0 og 6 år.

Nordlandssykehuset fikk midler til å opprette tilbudet, men valgte etter utredning å heller opprette et BUP CL-team⁵, organisert i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Bemanning: tre fagstillinger; en overlege (ubesatt siden 2020), en psykologspesialist og en klinisk konsulent. Teamet ivaretar også barnepasienter fra Helgelandssykehusets nedslagsfelt.

Etter etableringen i 2018 mottok Helse Nord RHF følgende statusbeskrivelse vedr. etablering av familieambulatorium i NLSH:

BUP-CL team ble planlagt våren 2017 og hadde oppstart 1. september 2017. Teamet er organisert i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, BUPA.

BUP-CL team har flere oppgaver/mandat.

- Vi skal gi tilbud til barn med kroniske sykdommer og følelsesmessige reaksjoner knyttet til det, kroniske smerter, utmattelse, funksjonelle lidelser, støttesamtaler til foreldre i krise, og være tilgjengelig for kvinner med psykiske lidelser eller LAR-behandling som er gravide og barn med alkoholsyndrom.
- Teamet har sitt daglige virke til Nordlandssykehuset Somatikk, Bodø. Vi jobber med pasienter og pårørende tilhørende kvinne-barn klinikken dvs. Føde/barsel og gyn.pol samt barn og foresatte som mottar behandling i barneavdelings tilbud (nyfødintensiv, store barn sengepost, ped.pol og barnehabilitering). Vi tar ikke imot primærhenvisninger fra fastleger eller andre. Dette er for å sikre at pasienter som møter oss er tilstrekkelig somatisk avklart til at samtalebehandling er forsvarlig å starte opp. Vi ønsker å være et lavterskel tilbud i spesialisthelsetjenesten, dvs lett å komme i kontakt med og rask til å sette opp en vurderingssamtale, for de pasientgrupper vi skal gi tilbud til.
- Barn med alkoholsyndrom ligger det godt til rette for at vi skal kunne fange opp siden barn med mistanke om denne tilstanden henvises til utredning på ped.pol.
- Mødre i LAR-behandling kan vi også møte ifm oppfølging i sv.skap/fødsel barsel om det ønskes bistand fra behandlende lege/gynekolog.
- Teamet er ikke satt opp som et ambulant team. BUP-CL team vil kunne bistå i en periode til andre relevante tjenester er inne og har overtatt oppfølging

⁵ CL (consultation-liaison) er den internasjonale betegnelsen på arbeidet som gjøres av psykologer og psykiatere innenfor fysiske sykdommer av akutt, langvarig og alvorlig grad. CL betyr å søke om råd, binde sammen.

I egenvurderingen beskrives teamet bla. som et lavterskeltilbud for forebygging av rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barn, med tidlig innsats i utsatte familier. Dette tilbudet ble imidlertid nedprioritert i etterkant av at overlegestilling ble vakant (siden 2020).

Teamet jobber med forebygging/behandling av psykiske vansker og spiseforstyrrelser i BUP og med diabetes hos barn. De jobber også med psykosomatiske tilstander og funksjonelle lidelser som er i prioritert (prioriteringsveileder).

Teamet har særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for TSB på 2,222 mill. kr.

9.5.2 Egenvurdering

9.5.2.1 Egenvurdering fra tjeneste

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

9.5.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Familieambulatorium er en funksjon hvor det er etablert et BUP CL-team som jobber med barn- og unge med kroniske lidelser eller kombinasjonslidelser med både somatikk og psykiatri. CL-teamet jobber med både polikliniske og innlagte barn og unge fra Nordlandssykehuset og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Problemstillinger knyttet til både psyke og soma er økende, og vi ser at det er et behov for at kompetanse innenfor psykisk helsevern er tilstede i somatikken. Funksjonen kan ikke inneha en annen form, og ved en evt. avvikling, vil tjenestetilbudet fjernes. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

9.5.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.5.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av dette tilbudet.

9.5.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Det fremgår at virksomheten ved Familieambulatorium ved Nordlandssykehuset er rettet mot barn- og unge med kroniske lidelser eller kombinasjonslidelser med både somatikk og psykiatri i nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset. Nordlandssykehuset har således en annen tilnærming til oppdraget enn det HOD i 2013 la til grunn da oppdraget ble gitt i oppdragsdokumentet: «Det skal legges særlig vekt på langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling».

UNN foreslår at funksjonen opprettholdes under forutsetning av at virksomheten rettes mot det oppdraget (langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling) som lå til grunn for finansieringen fra HOD, jf. oppdragsdokumentet 2013.

9.5.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det kan virke som tilbudet er noe ulikt mellom UNN og Nordlandssykehuset. Det bør tilstrebes at regionale funksjoner som er delt mellom to helseforetak tilbyr mest mulig lik tjeneste. Bør utredes om det er tilstrekkelig å ha dette tilbudet enten på UNN eller Nordlandssykehuset.

Helgelandssykehuset har barneansvarlig som har eget internt nettverk for barneansvarlige. Videreføres ikke i dagens form.

Når regionale funksjoner deles mellom to helseforetak, må finansieringen avklares.

9.5.4 Prosjektets vurdering

Etter at Nordlandssykehuset fikk oppdraget om å opprette et familieambulatorium i 2014, ble det gjennomført en utredning i helseforetaket der konklusjonen ble å heller opprette et BUP CL-team. Prosjektet vurderer at dette teamet har et annet innhold enn oppdraget som ble gitt, og fungerer ikke som familieambulatorium etter de kriterier som foreligger.

Teamet vurderer selv at de ikke har en rolle med å spre kompetanse, drive veiledning og rådgivning til øvrige helseforetak (Helgelandssykehuset), men sier de ivaretar barnepasienter fra Helgelandssykehusets nedslagsfelt.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

9.6 Henteteam nyfødte – UNN

9.6.1 Historikk og status

Henteteamene for nyfødte i Helse Nord skal:

- Stabilisere og transportere syke nyfødte og premature til en av regionenes nyfødt intensivavdelinger
- Transportere syke nyfødte som trenger behandling på universitetssykehus. Dette gjelder særlig nyfødte med medfødte, tidskritiske tilstander aktuelle for sentralisert kirurgi, for eksempel alvorlig medfødt hjertefeil som skal behandles videre på OUS.

Formålet er å kunne tilby god kvalitet, tilgjengelighet og en pasientsikker tjeneste til alle nyfødte i regionen uavhengig av fødested. Med lange avstander til sykehus med nyfødtmedisinsk kompetanse foregår hovedtyngden av neonatal transport ved lufttransport, enten med ambulansefly eller helikopter. Hvert år gjennomføres ca. 50 henteturer.

I [Nasjonal standard for helsepersonell som transporterer syke nyfødte i luftambulansetjenesten](#) (Luftambulansetjenesten, 2016) gis det anbefalinger for helsepersonell som transporterer syke nyfødte, bla hvilke kompetansekrav som stilles.

Teamet består av syv spesialsykepleiere med lang erfaring i transport av nyfødte og fire til fem faste overleger tilknyttet Nyfødt Intensiv UNN.

Teamet har særskilt finansiering gjennom inntektsmodellen for somatikk – felles funksjoner, på 4,469 mill. kroner. (Tatt inn som ny kostnadskomponent ved revidering av modellen i 2018/19.)

9.6.2 Egenvurdering

9.6.2.1.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

9.6.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Viktig tilbud for å hente nyfødte med behov for intensivbehandling. Over 95% av premature i Troms og Finnmark fødes i UNN pga. god seleksjon. Likevel er det noen få barn som må hentes av henteteamet årlig. Funksjonen er nødvendig, men det kan diskuteres om den skal finansieres ved særskilt bevilgning.

9.6.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.6.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset mener at kuvøseteamet ved UNN har en særlig viktig funksjon for barne- og ungdomsenheten ved Hammerfest sykehus, fødestua i Alta og fødeavdelingen ved Kirkenes sykehus når det gjelder transport av syke nyfødte som behøver behandling på universitetssykehus. Tiden er ofte en kritisk faktor, så det er avgjørende at det er ressurser som er i beredskap og kan utkalles på kort varsel ved behov. Funksjonen bør derfor videreføres i den formen den har i dag.

9.6.3.2 Nordlandssykehuset HF

Helse Nord som region er preget av spredt befolkning, lange avstander mellom sykehus og derfor behov for beredskap med gode systemer når uforutsette hendelser oppstår. Henteteamet for premature og syke nyfødte på UNN gjør at tilbudet til innbyggerne i Troms og Finnmark blir likeverdig sammenliknet med befolkningen i resten av landet. Med reduksjon til kun et henteteam i regionen, vil avstandene og perioder med utfordrende værforhold gjøre at tidsvinduet blir for stort til at tjenesten til befolkningen blir god nok. Med et henteteam i nord vil derfor risikoen for uønskete hendelser knyttet til nyfødte og prematur øke betraktelig. Helse Nord er derfor i behov av to henteteam for nyfødte, ett team for å ivareta befolkningen i Troms og Finnmark og ett team for å ivareta befolkningen i Nordland. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

9.6.3.3 Helgelandssykehuset HF

To henteteam i Nord gir et mer robust tilbud ved bla. dårlig vær. Videreføres i dagens form. Redder liv hos syke nyfødte. Kompetansekrav gjør at tjenesten ikke kan desentraliseres ytterligere. Bidrar til kompetanseheving ved jevning kursing i bla. resuscitering av nyfødte i HSYK. Avklaring om finansiering når regional funksjon deles mellom to helseforetak.

9.6.4 Prosjektets vurdering

Henteteamet ved UNN ivaretar beredskapen på dette området i UNN og Finnmarkssykehusets nedslagsfelt. Med Nord-Norges geografi er henteteamene nødvendig for å gjøre tilbudet til for tidlig fødte og syke nyfødte tilgjengelig for hele regionen.

I tillegg til å opprettholde og videreutvikle egen kompetanse i teamet, beskriver teamet i egenrevisjonen at de sprer kompetanse til fødeavdelinger og barneavdelinger i regionen gjennom sporadisk/etablert undervisning. Undervisning og veiledning anses også som viktig for å opprettholde et godt samarbeid i akutte situasjoner. Prosjektet vurderer at kompetansebygging i teamet, og spredning av kompetanse, undervisning og veiledning til samarbeidsaktører er en viktig del av henteteamets oppgaver.

Prosjektet vurderer at det fortsatt er behov for denne funksjonen, og at den bør videreføres.

9.6.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

9.7 Henteteam nyfødte – Nordlandssykehuset

9.7.1 Historikk og status

Henteteamene for nyfødte i Helse Nord skal:

- Stabilisere og transportere syke nyfødte og premature til en av regionenes nyfødt intensivavdelinger
- Transportere syke nyfødte som trenger behandling på universitetssykehus. Dette gjelder særlig nyfødte med medfødte, tidskritiske tilstander aktuelle for sentralisert kirurgi, for eksempel alvorlig medfødt hjertefeil som skal behandles videre på OUS.

Formålet er å kunne tilby god kvalitet, tilgjengelighet og pasientsikker tjeneste til alle nyfødte i regionen uavhengig av fødested. Med lange avstander til sykehus med nyfødtmedisinsk kompetanse foregår hovedtyngden av neonatal transport ved lufttransport, enten med ambulansfly eller helikopter.

Teamet omtaler seg som en behandlingstjeneste, organisert i Barneklubben ved Nordlandssykehuset. Teamet er bemannet med ni spesialsykepleiere fra nyfødtintensiv og legespesialister med subspecialisering innenfor nyfødtmedisin. Det gjennomføres ca. 50 henteturer per år.

I [Nasjonal standard for helsepersonell som transporterer syke nyfødte i luftambulansetjenesten](#) (Luftambulansetjenesten, 2016) gis det anbefalinger for helsepersonell som transporterer syke nyfødte, bla hvilke kompetansekrav som stilles.

Teamet er særskilt finansiert gjennom inntektsfordelingsmodellen for somatikk – felles funksjoner, med 4,473 mill. kroner. (Tatt inn som ny kostnadskomponent ved revidering i 2018/19.)

9.7.2 Egenvurdering

9.7.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

9.7.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

«Hentetjenesten» med et eget kuvøseteam for transport av nyfødte er organisert under Barneklubben i Nordlandssykehuset og dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Teamet er et høyspesialisert team som er en svært viktig del av fødsels-/nyfødtomsorgen, spesielt i Nordland med lange avstander og mange lokalsykehus. Med sine ca. 50 oppdrag i året, utgjør teamet en betydelig ressurs. Hvis funksjonen skulle opphøre, ville det bety at funksjonen måtte overføres til UNN som da får ansvar for å dekke henteteam for hele regionen. Med de avstandene som er i

Helse Nord og med de ressursene som er til rådighet, ville det medføre en endring som ikke er mulig å gjennomføre og samtidig opprettholde dagens tilbud og kvalitet.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

9.7.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.7.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av Nordlandssykehuset sitt tilbud.

9.7.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Det er etablert to henteteam i regionen, hhv ved UNN og ved Nordlandssykehuset. Henteteamet ved Nordlandssykehuset vurderes å fungere etter intensjonen og i et godt samarbeid med henteteamet ved UNN. UNN vurderer at funksjonen er nødvendig, at regionen er i behov av to henteteam som begge bør videreføres i sin eksisterende form. Det kan dog diskuteres om disse skal finansieres særskilt.

Utfasing eller endring i funksjonen Henteteam nyfødte ved Nordlandssykehuset vil medføre økt aktivitet for henteteamet i UNN, og følgelig økt ressursbruk. UNN vurderer at *henteteam nyfødte ved Nordlandssykehuset* fungerer etter intensjonen og bør videreføres i dagens form. UNN foreslår at funksjonen opprettholdes.

9.7.3.3 Helgelandssykehuset HF

To henteteam i Nord gir et mer robust tilbud ved bla dårlig vær. Videreføres i dagens form. Redder liv hos syke nyfødte. Kompetansekrav gjør at tjenesten ikke kan desentraliseres ytterligere. Bidrar til kompetanseheving ved jevning kursing i bla rescusitering av nyfødte i Helgelandssykehuset. Avklaring om finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

9.7.4 Prosjektets vurdering

Henteteamet ved Nordlandssykehuset ble etablert i 1975 og ivaretar beredskap på dette området i Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Med Nord-Norges geografi er henteteamene nødvendig for å gjøre tilbudet til for tidlig fødte og syke nyfødte tilgjengelig for hele regionen.

I tillegg til å opprettholde og videreutvikle egen kompetanse i teamet, beskriver teamet i egenrevisjonen at de sprer kompetanse til fødeavdelinger og barneavdelinger i regionen gjennom sporadisk/etablert undervisning. Undervisning og veiledning anses også som viktig for å opprettholde et godt samarbeid i akutte situasjoner. Prosjektet vurderer at kompetansebygging i teamet, og spredning av kompetanse, undervisning og veiledning til samarbeidsaktører er en viktig del av henteteamets oppgaver, som med fordel kan tydeliggjøres.

Prosjektet vurderer at det fortsatt er behov for denne funksjonen, og at den bør videreføres.

9.7.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

9.8 Medikamentfritt behandlingstilbud (MFBT) – UNN

9.8.1 Historikk og status

I oppdragsdokument fra HOD for 2015 ble det satt følgende mål: "Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene». Etablering av tilbudet ble behandlet i styresak 143-2015.

[Medikamentfrie behandlingstilbud](#) ble etablert på bakgrunn av gjennomslag som [Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingsforløp](#) fikk hos regjeringen Solberg.

Det er valgt ulike løsninger og målgrupper i ulike helseregioner og oppdraget er tolket forskjellig. Helse Nord har svart på oppdraget ved å gi tilbudet til personer med psykoselidelser og/eller bipolar lidelse i hele landsdelen ([protokoll](#)).

Tjenesten ble etablert i 2017.

Helse Nord er den eneste helseregionen som har valgt å opprette en egen sengepost ved PHRK UNN HF med seks sengeplasser, der det gis medikamentfri behandling for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Alle innleggelse er frivillige. Et slikt tilbud er enestående i internasjonal sammenheng. Det foregår følgeforskning for behandlingstilbudet, men resultater foreligger enda ikke.

HN RHF har i samarbeidsmøter fått rapportert at det på noen områder vært behov for å avvike fra protokollen. En vesentlig endring av protokollen er at det ikke er et krav at pasienter er ferdig nedtrappet på nevroleptika ved henvisning til behandlingstilbudet. Bakgrunnen for dette var at det tidlig i etableringen av tilbudet ble klart at det var lite systematiserte erfaringer omkring nedtrapping av nevroleptika, og at pasienter beskrev prosessen som langvarig og krevende. Det ble derfor tidlig klart at prosessen med nedtrapping av nevroleptika, for mange, var en vesentlig del av et medikamentfritt behandlingstilbud, og at behandlingstilbudet kunne ha en rolle i dette.

87 pasienter har i perioden 01.01.17 – 31.12.21 hatt aktivt forløp i MFBT. I tillegg til dette har omtrent 60 personer blitt henvist til tilbudet, men av ulike årsaker ikke påbegynt et forløp. Av de 87 som har vært i forløp er 63% avsluttet, mens 37% fremdeles var i et aktivt forløp ved årsskiftet 2021/2022. Etersom MFBT er lagt opp som behandlingsforløp i samarbeid med lokal DPS og kommunale tjenester, vil det variere om behandlingstilbudet avsluttes i sin helhet i spesialisthelsetjenesten, eller om det fortsetter i lokalt DPS etter avslutning ved MFBT.

Justerte tall i forhold til befolkningen i hvert enkelt fylke/område, viser følgende fordeling mht. hvor henvisninger er kommet fra (totalt 147): 46% fra Troms, 16% fra Nordland og 38% fra Finnmark.

Oppdaterte tall etter tilbakemelding fra tjeneste:

For perioden 01.01.17 - 01.01.23 har 104 individuelle personer hatt aktive forløp i MFBT. I tillegg til dette har omtrent 60 personer blitt henvist til tilbudet, men av ulike

årsaker ikke påbegynt et forløp. Av de 104 som har vært i forløp har omtrent 70% avsluttet forløpet, mens omtrent 30% er i et aktivt forløp. Størrelsen på gruppen personer som til enhver tid har vært i et aktivt forløp har vært nokså stabilt rundt 30.

Justerte tall ift befolkningen i hvert enkelt fylke/område viser følgende fordeling mht hvor henvisninger er kommet fra: Finnmark 39%, Troms 41%, Nordland 20%. Vi har opplevd en økning i henvisninger fra Nordland det siste året. Utover disse talljusteringene er det ikke store endringer ift hvor henvisningene kommer fra, diagnosegruppe eller medisinerings ved henvisning ect.

86,9% er henvist fra behandler i lokalt DPS, mens 13,1% er henvist fra annen døgnavdeling eller fastlege.

Særskilt finansiert i inntektsmodellen for psykisk helse: 6,784 mill.

9.8.2 Egenvurdering

9.8.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

9.8.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Tilbudet er vedtatt opprettet av styret i Helse Nord RHF (styresak 42-2016). Det er et sterkt ønske fra pasientforeningene og politisk at spesialisthelsetjenesten har et medikamentfritt behandlingstilbud.

9.8.3 Vurderinger fra ulike interessenter

9.8.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Vi ser nytten av at dette finnes på UNN som regionalt tilbud.

9.8.3.2 Nordlandssykehuset HF

Selv om medikamentfrie tilbud er sterkt ønsket fra pasientforeninger er dette et svært omdiskutert og med liten dokumentasjon av effekt for de alvorligst syke pasientene (alvorlig schizofreni, bipolarlidelse osv.). Både nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler at disse gruppene av pasienter får medikamentelle tilbud som sin behandling, også for å forebygge nye sykdomsutbrudd. Nordlandssykehuset HF er derfor av den oppfatning at Medikamentfritt tilbud – UNN bør rettes mot pasienter med lettere psykiske lidelser (angst, depresjoner, personlighetsforstyrrelser), som vi mener kan ha nytte av medisinfri behandling gitt at øvrige terapeutiske metoder som benyttes er riktige. Vi anbefaler derfor at tjenesten endrer form og at målgruppe og formål revideres.

9.8.3.3 Helgelandssykehuset HF

Liten erfaring med tilbudet, og dermed vanskelig å uttale seg om. Pasienter er blitt henvist, men har ikke opplevd tilbudet slik de ønsket og skrevet seg ut. Lite informasjon om hvordan avdelingen konkret jobber.

9.8.4 Prosjektets vurdering

Behandlingstjenesten er etablert på bakgrunn av oppdrag fra HOD i 2015. Etableringen har bidratt til at det nå eksisterer et regionalt døgntilbud hvor formålet er å fylle et behandlingssmessig tomrom for personer med alvorlig psykisk lidelse som ønsker behandling uten nevroleptika. Behandlingstilbudet har bidratt til en vesentlig økt bredde i behandlingsmuligheter for denne pasientgruppen, og tilgjengeliggjort at pasienter kan ta valg som er i tråd med individuelle ønsker og preferanser.

Skjevfordelingen av mottatte henvisninger fra opptaksområde for Nordlands- og Helgelandssykehuset kontra fra UNN og Finnmarkssykehuset er betydelig.

I vurderingen av tilbudet fremkommer uenighet i regionens fagmiljø hvorvidt denne typen tilbud skal gis til de alvorligst syke og det er kommet innspill om at tjenesten bør endre form og at målgruppe og formål revideres. Uenigheten kan være av betydning for hvordan tilbudet anbefales for pasienter og blir benyttet i regionen.

Følgeforskning (fra 2016) undersøker ulike perspektiver av motivasjon og erfaringer blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser over 18 år som behandles ved MFBT, samt erfaringer med tilbudet blant helsepersonell. Resultater fra følgeforskning foreligger ikke enda.

Resultater fra følgeforskning avventes primært før det gjennomføres en evaluering. Dersom disse ikke foreligger innen utgangen av 2024, anbefales en evaluering innen utgangen av 2025. I tilbakemeldingen fra tjenesten, oppfordres det til at Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingsforløp trekkes inn ved en gjennomgang.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

9.9 Psykiatrisk innsatsteam (PIT) - Nordlandssykehuset HF

9.9.1 Historikk og status

Behandlingstjenesten ble etablert i 2009 som regional funksjon (etablert i Nordlandssykehuset HF i 1991)

Tjenesten er ikke lovpålagt, men anbefalt av Sosial og helsedirektoratet i 2006, referert i Veileder for voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten 2009; «Personer med moderat og alvorlig psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser bør behandles ved sentraliserte spesialenheter med særlig kompetanse på området».

Funksjon: Psykiatrisk Innsatsteam (PIT) har en ambulant poliklinisk regional funksjon for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig psykisk utviklingshemning/ alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse / og eller autismspekterforstyrrelse.

Formål: å utrede /avklare mistanke om alvorlig psykisk lidelse, behandle psykiske lidelser samt veilede og gi råd om medisinsk- og miljøterapeutisk behandling til både aktuell spesialisthelsetjeneste, tjenesteytere i 1.linjetjenesten og pårørende

Innhold: Teamet ved saksansvarlig konsulent, psykologspesialist og overlege i psykiatri utreder, behandler og følger opp pasient og miljø lokalt i helseregionen med ambulante tjenester. PIT samarbeider med annen lokal spesialisthelsetjeneste, herunder særlig habiliteringsenheter og DPS'er, og aktuelle kommune/privat leverandør av primærhelsetjeneste i koordinerte pasientforløp.

Forskning: PIT deltar sammen med 7 andre regionale enheter i nasjonal forskning i form av en multisenterstudie ledet av NEVSOM ved Oslo Universitetssykehus.

Nasjonale krav: PIT har implementert prosedyrer for pakkeforløp/ pasientforløp psykiske lidelser for voksne. Med vekt på klinisk beslutning innen 6. uker, behandlingsplan og oppfølging av pasient i tett samarbeid med involverte 1.-2. linjetjenester samt pårørende.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse: 9,345 mill

9.9.2 Egenvurdering

9.9.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

9.9.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Psykiatrisk innsatsteam ble utviklet for å veilede kommunene i regionen som overtok pasientene etter HVPU reformen, for pas som har alvorlig psykisk lidelse i tillegg til psykiske utviklingshemning. Dette til forskjell fra pasienter som kun har utviklingshemning og ivaretas av habiliteringstjenestene. Denne kompetansen består i dag som PIT. Teamet erfarer at kompetansen på DPS og andre psykiatriske enheter ikke

er tilstrekkelig i regionen for å kunne foreta utredning og behandling av psykisk lidelse hos pasientgruppen. Den kompetansen teamet har på veiledning og rådgivning om medisinsk og miljøterapeutisk behandling, samt utredning/avklaring rundt voldsrisiko, er viktig å opprettholde i regionen. Antallet henvisninger samt oppslutning rundt deltakelse i PITs regionale fagnettverk underbygger også behovet for teamets kompetanse. Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

9.9.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.9.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF har lang erfaring med å samarbeide med PIT. Vi erfarer flg:

- PIT har spesialisert kompetanse på et svært komplekst fagfelt
- PITs kompetanse oppfattes som helt uvurderlig
- PIT ambulerer og er utstrakt desentrale i sin arbeidsform – noe som oppleves trygt for ansatte i habilitering i Finnmarkssykehuset HF.

Finnmarkssykehuset HF vurderer at PITs regionale funksjon må videreføres og beholdes i sin nåværende form.

9.9.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Psykiatrisk innsatsteam er en ambulant regional tjeneste ved NLSH for pasienter med komorbiditet innen psykisk lidelse og psykisk utviklingshemming/ alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse og/eller autismespekterforstyrrelse.

I 2020 fikk UNN i oppdrag fra Helse Nord å etablere et behandlerstøtteteam for pasienter med samtidig psykisk lidelse og/eller avhengighet og utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse (tidl. BP2U.) Etter opprettelsen av behandlerstøtteteamet ved UNN er behovet for PIT i vår del av regionen redusert. Behandlerstøtteteamet ved UNN bidrar med sin spisskompetanse på feltet også overfor helsetjenesten i Finnmark.

Det er behov for kompetanse på tvers av fagområdene innen psykiatri og habilitering, samt et godt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. UNNs vurdering er at PIT bidrar til det i hovedsak for pasienter i NLSH sitt nedslagsfelt.

9.9.3.3 Helgelandssykehuset HF

Vi har hatt god og tett kontakt med PIT over mange år, de bidrar i saker der det er behov for forsterkning eller spesialisert kompetanse.

9.9.4 Prosjektets vurdering

Tjenesten er ikke lovpålagt, men anbefalt av Sosial og helsedirektoratet i 2006, referert i Veileder for voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten 2009; «Personer med moderat

og alvorlig psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser bør behandles ved sentraliserte spesialenheter med særlig kompetanse på området».

PITs regionale funksjon med en ambulerende utredningspoliklinikk stiller store krav til logistikk og arbeidsplanlegging. Tjenesten sier selv at de over år har bygd opp gode rutiner, fått erfaring med reisevirksomhet/ oppsøkende virksomhet og bruk av digitale løsninger. Teamet virker å ha god kjennskap til regionen.

Både Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset beskriver at de har god nytte av tjenesten som leverer høy kompetanse på feltet og som i stor utstrekning jobber desentralisert.

UNN fikk i 2020 oppdrag fra Helse Nord om å etablere et behandlerstøtteteam for behandlere i UNN og Finnmarkssykehuset som skal ivareta pasienter med samtidig psykisk lidelse og/eller avhengighet og utviklingshemning/utviklingsforstyrrelse. Etter dette er behovet for PIT redusert for UNNs nedslagsfelt, da nødvendige avklaringer gjøres på et tidligere tidspunkt i pasientforløpet som et resultat av behandlerstøtteteamet.

2/3 av henvisningene til PIT kommer fra Nordland.

9.10 Regional behandling OCD (tvangslidelser) voksne – UNN

9.10.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert i 2013.

Formål: Å tilby dokumentert virksom behandling for tvangslidelse (OCD) til alle pasientene i hele opptaksområdet (Helse Nord). Tilby utredning, vurdering der andre er usikre på diagnose.

Tall for regional bruk av tjenesten er presentert i [vedlegg](#) (rapport), der det fremgår at vel 50 % av henvisningene kommer fra UNNs opptaksområde. I illustrasjon side ti illustreres det for 2021 en økende tendens på henvisninger fra Nordlandssykehuset, nedgang fra Finnmarkssykehuset og uendret mengde fra Helgelandssykehuset. Når det gjelder antall pasienter som har fått gjennomført behandling, synes antallet rimelig stabilt (ca 50% av antall henviste), men de behandlede pasientenes bosted fremgår ikke av rapporten.

Alle pasienter tilbys i hovedsak digital behandling, uavhengig av avstand til bosted. I en periode for tilrettelegging for digital behandling, har pasienter innenfor en times reisevei blitt tilbudt fysisk behandling.

Tjenesten har opprettet kvalitetsdataregister for egne pasienter og bidrar til forskning i samarbeid med Helse Bergen. Kompetanse til de ansatte i teamet er utviklet gjennom flere års utdanning i regi av Helse Bergen, opplæring og sertifisering av gruppeledere og behandlere i B4DT. Tjenesten har 3 stillinger per i dag, hovedsakelig finansiert av VPP Tromsø. Stillingene skal være finansiert gjennom inntekt på konsultasjoner, gjestemidler, men slik praktiseres det ikke i dag ifølge egenvurderingen.

Særskilt finansiert i inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner* 1,562 mill.

9.10.2 Egenvurdering

9.10.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

9.10.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Firedagersprogrammet er et svært ressurseffektivt tilbud som foregår etter opplæring og sertifisering fra Helse Bergen. Det er viktig å opprettholde et robust fagmiljø i Helse Nord.

9.10.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.10.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF har i tidligere fagsjefmøte støttet forslag om at OCD-tjenesten, både for barn og voksne, avvikles som regional funksjon. I henhold til referat fra fagsjefmøtet 2.9.21 skulle saken tas til Fagrådet for psykisk helsevern og belyses der. Informasjon fra dette fagrådet burde fulgt med saken.

9.10.3.2 Nordlandssykehuset HF

Tjenesten tilbyr behandling etter en anerkjent metodikk (firedagersprogrammet), som de fleste foretakene de senere år også har fått kompetansen på selv. Dette er et typisk eksempel på en «høyspesialisert» behandling som over tid, når kompetansen spres, blir mindre høyspesialisert med mulighet for desentralisert behandling.

Nordlandssykehuset HF erfarer at det regionale tilbudet ikke er tilgjengelig for de pasientene som har størst behov for det. Tilbudet er for smalt og tar ikke imot pasienter med ulike samsykeligheter. I tillegg er det faglige ansvaret uklart, da pasientens behandler ved lokalt foretak fortsatt må stå som ansvarlig under behandlingen uten å ha kjennskap til status og resultat av forløpet. For pasienter bosatt utenfor nedslagsfeltet til UNN gis det kun et digitalt tilbud. Vår erfaring er at ikke alle pasienter klarer å nyttiggjøre seg hele forløpet gjennom videokonsultasjoner, da unngåelse ligger til alle angstlidelsers natur og oftere medfører «drop out» enn om man har mulighet på noe tidspunkt å også treffe pasienten selv. I tillegg har det de siste årene vært svært lang ventetid på behandlingstilbudet (< 12 mnd.), noe som har medført at hovedandelen av pasientene har blitt ivaretatt lokalt, uansett.

Nordlandssykehuset HF's vurdering er derfor at den regionale funksjonen kan avvikles, og at midlene brukt til det regionale tjenestetilbudet i stedet fordeles til alle foretakene f. eks over en periode på to år med formål om kompetanseheving lokalt. Dette vil medføre en betydelig styrkning av tilgjengeligheten til tilbudet og redusere ev uønsket variasjon og dermed sikre likeverdig behandling uansett bosted.

9.10.3.3 Helgelandssykehuset

Inntrykk av at sakene som henvises dit, ikke tas inn/kommer i retur, tar lang tid, kanskje treffer en ikke behovet hos pas. God erfaring med jobben som gjøres selv, her ved egen avdeling. Vi har henvist ganske mange, men tilbakemeldingene går for ofte i retning av at det ikke er «ren-OCD» /er for komplekse. Ønske om at de kan bidra mer; gi råd i saker. Men: pasientene blir orientert om tilbudet de har, og at de kan henvises/få hjelp/bli vurdert for inntak der, om de ønsker.

9.10.4 Prosjektets vurdering

Behandlingstjenesten har eksistert i ni år og det er bygd opp kompetanse i et team gjennom utdanning i 4-dagersprogrammet, Helse-Bergen, samt gjennom kontinuerlig praksis. Alle pasienter tilbys i hovedsak digital behandling, uavhengig av avstand til bosted.

Den regionale funksjonen i UNN blir av øvrige helseforetak i Helse Nord vurdert som overflødig, da man mener at den er et typisk eksempel på en høyspesialisert behandling

som over tid, når kompetansen spres, blir mindre høyspesialisert med mulighet for desentralisert behandling. Foretakene formidler at de i hovedsak ivaretar disse pasientene selv, da både tilgjengelighet og behandlingsform (digitalt tilbud) ikke alltid tilfredsstillende behøver.

Utfordringene ble tatt opp i fagsjefmøte 02.09.21, der det ble fremmet ønske om at den regionale funksjonen avvikles. Saken ble igjen behandlet i fagsjefmøte 29.09.22 (sak 112/22), der Helse Nord RHF formidlet at tilbudet vil bli videreført på samme nivå som pr. d.d.

Tilbakemelding fra funksjonen etter prosjektets vurdering: Norsk OCD og angstforening (ANANKE) har ytret bekymring for at pasienter behandles lokalt uten å få informasjon om eller bli henvist til det regionale OCD-teamet. Vi er kjent med at ANANKE sendte inn en [bekymringsmelding](#) til Helse Nord i 2021 basert på henvendelser fra pasienter og pårørende, både på grunn av dette og lang ventetid på behandling.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) etter prosjektets vurdering.

9.11 Regional behandling OCD (tvangslidelser) barn og unge – UNN

9.11.1 Historikk og status

Helse- og omsorgsministeren tok i 2009 initiativ til en satsning for å sikre at behandling ble gjort tilgjengelig for dem som er rammet av tvangslidelse (OCD). Fram til 2016 ble det, etter initiativ fra Helseministeren og i oppdrag fra Helsedirektoratet, opprettet OCD-team i alle helseforetak.

OCD har ganske lav forekomst. For å få et stort nok opptaksområde slik at behandlere fikk nok erfaring med tilstanden og for å sikre stabilitet i et fagmiljø, ble teamet for de nordligste fylkene regionalisert til UNN i 2016. Teamets mandat er å gi behandling til barn og ungdom med tvangslidelse (OCD).

Antall pasienter i utredning og evt. behandling 2014-sept 2022

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
7	14	13	22	16	18	34	42	15

Behandling pr sykehus Helse Nord pr år/henvisninger 2014-sept 2022

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
5/10(UNN)	7/20 (UNN)	3/19 (UNN)	3/21 (UNN)	9/14 (UNN)	6/17 (UNN)	9/23 (UNN)	17/32 (UNN)	8/22 (UNN)
0/0 (NLSH)	0/0 (NLSH)	2/10 (NLSH)	7/13 (NLSH)	1/6 (NLSH)	6/14 (NLSH)	9/22 (NLSH)	9/18(NLSH)	1/9 (NLSH)
0/0 (FIN)	0/0 (FIN)	2/7 (FIN)	1/7 (FIN)	1/4 (FIN)	1/4 (FIN)	6/13 (FIN)	6/13 (FIN)	1/3 (FIN)
0/0 (HSYK)	0/0 (HSYK)	2/6 (HSYK)	0/5 (HSYK)	1/1 (HSYK)	2/6 (HSYK)	1/4 (HSYK)	1/4 (HSYK)	0/4 (HSYK)
Tot: 5	Tot: 7	Tot: 9	Tot: 11	Tot: 12	Tot: 15	Tot: 25	Tot: 30	Tot: 10

Teamet samarbeider med 19 BUP`er. For pasienter utenfor Tromsøregionen tilbys utredning og behandling over videosamtaler.

Funksjonen er ikke særskilt finansiert.

9.11.2 Egenvurdering

9.11.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

9.11.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Firedagersprogrammet er et svært ressurseffektivt tilbud som foregår etter «The Bergen 4 day treatment (B4DT)». Teamet ved Barne- og ungdomsklinikken UNN Tromsø tar imot pasienter fra alle 19 poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i Nord-Norge. OCD-teamet har hatt en økning i antallet henvisninger. For å være i stand til å gi barn og unge med OCD i helseregionen et likeverdig tilbud med korte ventetider er det viktig å opprettholde et robust fagmiljø i Helse Nord.

9.11.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.11.3.1 Finnmarkssykehuset

Finnmarkssykehuset HF har i tidligere fagsjefmøte støttet forslag om at OCD-tjenesten, både for barn og voksne, avvikles som regional funksjon.

9.11.3.2 Nordlandssykehuset HF

Tjenesten tilbyr behandling etter en anerkjent metodikk. Erfaringen fra barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset HF er at dette er et tilbud som ikke er tilgjengelig for de pasientene som har størst behov for det. Den gjennomgående opplevelsen av dette teamet er at oppgavene deres er for dårlig definert. Vi opplever at det på informasjonsmøter formidles en lav terskel for henvisning og at det ikke er nødvendig for våre BUP-er å ha kompetanse på OCD-behandling. Likevel erfarer vi ved henvisning av pasienter at det er få pasienter som passer inn i tjenestens tilbud: symptomtrykket må ikke være for høyt, det må ikke være samsykelighet og barnet/ungdommen/familien må i de aller fleste tilfellene klare å nyttiggjøre seg fire-dagers behandling over videokonsultasjon. For pasienter med store utfordringer rundt OCD, og også de med samsykelighet er det vanskelig å nyttiggjøre seg et slikt tilbud. Vi har ved flere anledninger da opplevd at pasientene blir avsluttet med begrunnelse i manglende motivasjon og den lokale BUP må overta OCD-behandlingen. I likhet med hos voksne mener vi at dette er en behandling som kan tilbys ved alle helseforetakene. Da vi allerede må behandle de sykeste pasientene selv, anses konsekvensene for Nordlandssykehuset HF ved en utfasing funksjonen, som svært begrensede.

Nordlandssykehuset HF anbefaler at funksjonen avvikles som regional funksjon og at tjenestetilbudet i stedet styrkes ved alle foretakene.

9.11.3.3 Helgelandssykehuset

Svært lang ventetid som er utilfredsstillende for alle parter. Pasientene burde kunne få behandling lokalt ved hjelp av egnet metode. Teamet brukes i veiledning iht. arbeidet før diagnose setting, det fungerer. Vi kan ivareta dette selv.

9.11.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen er ikke særskilt finansiert.

Behandlingstjenesten har eksistert i åtte år og det er bygd opp kompetanse i et team gjennom utdanning i 4-dagersprogrammet, Helse-Bergen, samt gjennom kontinuerlig praksis. Tilbudet gis i stor grad kun digitalt til pasienter bosatt utenfor nedslagsfeltet til

UNN. Det opplyses om at henvisningsmengden har økt betraktelig de siste årene. Funksjonen selv påpeker behovet for at pasienter som er rammet av OCD, får tilgang til spesialisert behandling utført av fagpersoner med omfattende opplæring i aktuelle behandlingsmetoder og nødvendig erfaring med tilstanden. Forekomsten av OCD er lav, og opptaksområde bør være så stort som det er nå.

Oversikt over hvordan behandlingstilbudet benyttes i regionen (2014- sept 2022) viser følgende fordeling: UNN (ca 50 %) Nordlandssykehuset (ca 26 %). Finnmarkssykehuset (ca 13 %) og HSYK (ca 9 %). Det fremkommer ingen markant endring i denne fordelingen de siste årene.

Øvrige helseforetak i regionen vurderer at det ikke lengre er behov for den regionale funksjonen. Foretakene sier de ivaretar disse pasientene i hovedsak selv, da både tilgjengelighet og behandlingsform (digitalt tilbud) ikke alltid tilfredsstiller behovene.

Tilbakemelding fra funksjonen:

- Pasienter med samsykelighet gis et tilbud. Som for andre tilstander gjør samsykelighet at prognosen for godt utfall av behandling reduseres (dette er ikke unikt for pasienter med OCD)
- De (få) som har gitt tilbakemeldinger om at formatet med behandling via video har reist til Tromsø og blitt kjent med teamet, så har video blitt tatt i bruk igjen og da med god effekt.
- Uavhengig av om tilbud gis regionalt eller innen hvert HF er anbefalingene at behandling foregår der pasienten bor og da er video en svært gunstig løsning.
- Brukertilbakemeldingene er jevnt over svært gode fra pasienter og pårørende etter endt behandling.
- Teamet ser med bekymring på om pasientene (pga lav forekomst) vil få et likeverdig tilbud innen hvert HF dersom den regionale funksjonen oppløses.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

9.12 Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge – UNN

9.12.1 Historikk og status

Regionalt senter for spiseforstyrrelser - barn og unge (RSS) ble etablert i UNN i 2009. Senteret har som oppgave å gi et behandlingstilbud til barn og unge opp til 18 år i regionen med spiseforstyrrelser som ikke har tilstrekkelig effekt av poliklinisk behandling i ordinær spesialisthelsetjeneste (i hovedsak Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker), samt i komplekse tilfeller der det kreves spesialisert kompetanse på utredning, diagnostikk og behandling. Videre skal tjenesten bistå lokal spesialisthelsetjeneste med konsultasjon og veiledning til fagpersonell og derigjennom styrke kompetanse på fagfeltet i regionen.

RSS' oppdrag er fra etableringen av å gi behandling til de alvorligst syke pasientene med spiseforstyrrelser i Helse Nord. Bakgrunnen for dette igjen skriver seg fra nasjonal strategiplan for spiseforstyrrelser fra 2000. Dette ble forankret i styresaker i Helse Nord, først i 2002 der det av saksdokumenter framgår at administrasjonen har i sin vurdering lagt hovedvekt på:

- 1) at tilbudet som bygges opp, skal være et tillegg til den behandlingsskjeden som allerede er etablert via primærhelsetjenesten og lokale helseforetak
- 2) at tilbudet skal være forbeholdt de få og mest kritisk syke pasientene, der det øvrige behandlingsapparatet ikke strekker til
- 3) at det er behov for oppbygging av bred og sammensatt spesialkompetanse for å dekke pasientenes samlede behov

Følgende ble vedtatt 5.12.02:

- 1) Styret i Helse Nord RHF erkjenner behovet for etablering av et regionalt, høyspesialisert behandlingstilbud for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser.
- 2) Enheten for barn og unge legges til UNN. Pga. den aktuelle ressursituasjonen, samt usikkerhet rundt kapasitetsbehov i en høyspesialisert enhet, legges det i første omgang til rette for 6 plasser

Det er å bemerke at RSS har hatt driftsmidler til fire senger i perioden 2009 – 2016, til fem senger fra 2017. På grunn av betydelig pågang av henvisninger i 2020 og 2021 med vesentlig økt ventelisteid, fikk en som koronatiltak midler til drift av en sjettesteng i 2021. Finansiering for den sjettestengen er videreført ut 2025.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse: 15,668 mill kr

9.12.2 Egenvurdering

9.12.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

9.12.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Dette er en svært spesialisert virksomhet. Henvendelsene har økt vesentlig som følge av pandemien.

9.12.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.12.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Brukes i de tyngste sakene, vi verdsetter å ha kompetanse tilgjengelig når det trengs.

9.12.3.2 Nordlandssykehuset HF

Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge ved UNN er en svært viktig døgnetenhet. Regionen er helt avhengig av å ha et spesialisert døgntilbud til denne gruppen og det er urealistisk å tenke at dette tilbudet kan ivaretas lokalt.

Nordlandssykehuset HF opplever imidlertid flere begrensninger i tilbudet, som gjør at det regionale tilbudet ikke er tilgjengelig for alle pasientene som har behov for et slikt spesialisert døgntilbud. Da dagens behov er større enn kapasiteten ved senteret, mener vi det er avgjørende at tilbudet videreutvikles og styrkes, og funksjonen videreføres i UNN hvor det allerede er bygd opp et solid fagmiljø. Helt konkret mener Nordlandssykehuset HF at det er behov for:

- Etablering av akuttfunksjon, slik regional senter for spiseforstyrrelser voksne har, slik at pasienter som har behov for et spesialisert døgntilbud kan få dette umiddelbart, og ikke bli liggende på akuttpsykiatrisk eller medisinsk sengepost ved andre foretak.
- Akuttfunksjon må også inkludere tilrettelagte fasiliteter for bruk av tvangsbehandling.
- At tilbudet må kunne ivareta komorbide lidelser (psykose, angst, depresjon osv.). Nordlandssykehuset HF har opplevd at flere med spiseforstyrrelser der det er samsykelighet med psykose har fått avslag hos tjenesten. Dette til tross for at den psykotiske lidelsen er godt behandlet og stabilisert.
- Økt døgncapasitet i tråd med den økte forekomsten som har vært i regionen. Kapasiteten er for lav på nåværende tidspunkt, slik at disse pasientene får ikke det spesialiserte tilbudet de trenger, og binder opp behandlingsskapasitet andre steder.

Nordlandssykehuset HF anbefaler derfor at funksjonen videreføres, men at det er et behov for styrking i tråd med beskrivelsen over.

9.12.3.3 Helgelandssykehuset HF

Godt tilbud i forhold til veiledning pr teams. Dette kan bidra til å forhindre innleggelser. De kan gi både konkrete forslag og veiledning i behandling. De er en viktig samarbeidspartner i forhold til å ha lett tilgjengelighet til spesialister innen feltet. Det er så pass lav prevalens at det må være et slikt spesialisert tilbud for å kunne bli skikkelig gode på dette.

Helgelandssykehuset har erfaring med at vi kan ha pasienter innlagt i egen døgnavdeling ved hjelp av veiledning og bistand fra enheten. Dette har bidratt til kompetanseheving i både døgnavdeling og poliklinikker.

Har varierende opplevelser fra innleggelser, da noen av de mest komplekse sakene (stort sett de eneste vi legger inn) kan komme tilbake med samme hjelpebehov eller til og med en «forventning» om at det skal gå enda bedre poliklinisk enn ved innleggelse. Det har skjedd i noen tilfeller. Det er en ulempe i slike tilfeller at de er så langt borte, de er ikke kjent med de kommunale tilbudene og har ikke fått til godt/ryddig samarbeid med barnevern og lokalt sykehus. Det er problematisk at enheten har stort trykk og lange ventelister.

9.12.3.4 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Pårørendeerfaring	Jeg synes RSS og avd for spiseforstyrrelse ved Nordlandssykehuset bør samarbeide tettere. Synes RSS sin beh modell bør revurderes og foreldre bør IKKE brukes som behandlere i prosessen. Har mye mere tro på den beh. som de gjør i Bodø! Vi har vært i dette systemet i 6 år og det et beh i Bodø som har hatt størst effekt!	RSS

9.12.4 Prosjektets vurdering

Senteret har hatt en vesentlig økning i henvendelser i forbindelse med pandemien. Regionen er helt avhengig av å ha et spesialisert døgntilbud til denne gruppen og det er urealistisk å tenke at dette tilbudet kan ivaretas lokalt. Senteret er en viktig samarbeidspartner for øvrige helseforetak i forhold til å ha lett tilgjengelighet til spesialister innen feltet. Tilstanden er alvorlig for en stor del av pasientene og at liggetiden i døgn kan være over flere måneder.

Tilbudet bør videreutvikles og styrkes og det gis konkrete forslag til dette:

- Det må etableres akuttfunksjon, slik at de som har behov for døgntilbud kan få dette umiddelbart, og ikke bli liggende på akuttpsykiatrisk eller medisinsk sengepost ved andre foretak. Akuttfunksjon må også inkludere tilrettelagte fasiliteter for bruk av tvangsbehandling.
- Tilbudet må kunne ivareta komorbide lidelser (psykose, angst, depresjon osv.).
- Døgnkapasiteten må økes i tråd med den økte forekomsten som har vært i regionen. Kapasiteten er for lav på nåværende tidspunkt, noe som fører til at behandlingskapasitet bindes opp i andre helseforetak.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) etter prosjektets vurdering.

9.13 Regionalt senter for spiseforstyrrelser voksne – Nordlandssykehuset HF

9.13.1 Historikk og status

Tjenesten ble opprettet i 2004 (Styresak 06-2004).

Sentret er bygd opp etter føringer i Strategiplan spiseforstyrrelser (2000) fra sosial- og helsedirektoratet, og følger anbefalinger i [Nasjonalt faglig retningslinje for spiseforstyrrelser \(2017\)](#).

Regional døgnetenhet for spiseforstyrrelser gir utrednings- og behandlingstilbud til voksne pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser i Nord Norge. Behandlingstilbudet er for pasienter med alvorlig anorexia nervosa, bulimia nervosa, eller annen uspesifisert alvorlig spiseforstyrrelse. Tilbudet er for pasienter med behov for mer spesialisert behandling enn det som kan tilbys ved lokale DPSer eller andre sykehusenheter.

Innleggelseslengde tilpasses den enkelte pasient mht. alvorlighet og symptomtrykk; fra et par uker til flere måneder. Enheten har også noe konsultativ virksomhet og veiledning med andre deler av spesialisthelsetjenesten i nedslagsfeltet, også for å sikre gode overganger mellom nivå og forløp. Enheten har en bred og sammensatt spesialkompetanse på fagfeltet.

Innholdet i døgntilbudet inkluderer:

- Utredning og behandling av spiseforstyrrelsen(e), psykiske lidelser, og sekundære somatiske komplikasjoner.
- Aktiv og persontilpasset måltidsveiledning og måltidsoppfølging, ved indikasjon utføres også sondeernæring.
- Terapeutisk behandling med medikasjon ved indikasjon og psykoterapeutiske intervensjoner (mentaliseringsbasert/kognitiv terapi).
- Gruppe- og individuell terapi/ veiledning til pasient og pårørende.
- Tett oppfølging og behandling av somatiske komplikasjoner
-

Per februar 2021 var beleggsprosenten 95 (444 liggedøgn), per februar 2022 var beleggsprosenten 84 (393 liggedøgn). Per februar 2022 er gjennomsnittlig ventetid innenfor frist. Totalt var det 28 henvisninger i 2021 (19 primær og 9 sekundær)

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse: 26,979 mill

9.13.2 Egenvurdering

9.13.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)
[Årsrapport](#)

9.13.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Regional døgnerhet og regionalt kompetanseteam har opparbeidet seg en solid, etterspurt kompetanse i regionen og har et spesialisert behandlingstilbud på døgn og poliklinikk som i fremtiden vil kunne sikre gode spesialiserte pasientforløp i regionen. Teamet sikrer at denne kompetansen opprettholdes i landsdelen uten å være sårbar i forhold til personavhengighet, samt viktigheten av et slikt team som referanse for det nasjonale kvalitetsregister som er i fagfeltet. Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

9.13.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.13.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset er fornøyd med den tjenesten som senteret tilbyr til våre pasienter og ser helst at tjenesten videreføres.

9.13.3.2 Universitetssykehuset Nord- Norge HF

Regionalt senter for spiseforstyrrelser drifter et spesialisert tilbud til voksne pasienter med ulike typer alvorlige spiseforstyrrelser i Helse Nord. Psykisk helse og rusklinikken ved UNN har praksis for å henvise pasienter til dette regionale tilbudet. UNN verdsetter senterets kompetanse på en sårbar og kompleks pasientgruppe, og vurderer at det er behov for videre drift. UNN vurderer at fagenhet for spiseforstyrrelser ved NLSH bør videreføres i dagens form.

9.13.3.3 Helgelandssykehuset

Foretaket har godt samarbeid med RESSP. Etablert samarbeid med ernæringsfysiolog og leger med spesialkompetanse på spiseforstyrrelser. På disse pasientene er det helt nødvendig å kunne få veiledning hos fagpersoner med spesialisert kompetanse.

RESSP har tilbud om digital undervisning med relevante temaer for alle behandlere i Helse Nord. Dette er et nyttig tilbud.

Pasienter med spiseforstyrrelse som har behov for ø-hjelpsinnleggelse eller innleggelse på tvang trenger en annen type behandling enn andre pasienter som legges inn på akuttpost. Derfor viktig å ha disse plassene i en spesialisert avdeling. Det siste året har det vært lang ventetid, noe som har blitt forklart med alvorlighetsgrad hos inneliggende pasienter og redusert andel plasser på RESSP, i perioder mange pasienter på tvang.

Dette er utfordrende da denne pasientgruppen har høy grad av komorbiditet både psykiske lidelser og somatikk.

RESSP gir anbefaling om innleggelse lokalt DPS i påvente av innleggelse ved RESSP. De tilbyr da veiledning. Har vært tilbud om veiledning til behandler i de tilfellene pasient har vært innlagt på lokalt DPS. Mulighet for veiledning i polikliniske saker også.

Ved endringer i kapasitet er det viktig at foretakene informeres om dette, og kan gi tilbakemelding om mulige konsekvenser.

Vurdere reetablering av nettverk for spiseforstyrrelser for gjensidig kompetanseheving.

9.13.3.4 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Pasienterfaring	Viktig at man sprer kompetansen til flere kommuner. Kortere ventekøer er sentralt. Ventetiden gjør alt verre.	Spis voksne
Pårørendeerfaring	Et viktig satsingsområde. Deltatt i multifamiliegruppa. Et utrolig bra tilbud for den voksne pasienten og pårørende. Dette påvirker hele familien og tilbudet kan med fordel utvides til å gjelde flere diagnoser vil jeg tro. Det er min opplevelse at både pasienter og pårørende har stor nytte av dette tilbudet og denne «behandlingen» for en helt uforståelig sykdom. Økonomisk er dette en stor kostnad for helseforetaket, men for pasient og pårørende er det essensielt at det er spisset fagkompetanse som utfører behandlingen. For oss som reiser fra Finnmark, betyr avstanden ingenting så lenge det er kompetente folk som utfører behandlingen	Spis voksne
Pårørendeerfaring	Ventetida er altfor lang. Pasienten rekker å bli livstruende syk før behandling realiseres. Lokal kompetanse er for tilfeldig og svak i alle faser av behandlingen og oppfølgingen. Ressurser til behandling av spiseforstyrrelser er kritisk mangelvare og det forebyggende arbeidet er ikke-eksisterende. Økt bruk av mentorer/fadderordning anbefales for effektiv behandling innen spiseforstyrrelser. Familieinvolvering i behandlingen er prekært nødvendig og bidrar med positiv helseeffekt for involverte, samt er besparelse i forhold til potensielle pasientkostnader.	Spis voksne

9.13.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen tilbyr behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos voksne og er etterspurt og benyttet av hele regionen. Dette er et fagområde der forekomsten av sykdom er relativt lav. Det er derfor hensiktsmessig å samle ressurser og spisskompetanse for fagfeltet på ett sted i regionen.

9.14 Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO) – Nordlandssykehuset HF

9.14.1 Historikk og status

RSSO ble etablert ved Nordlandssykehuset Bodø høsten 2004 (Styresak 48/2004), som et senter for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt, etter oppdrag i styringsdokument fra HOD til Helse Nord RHF 2004:

Det skal etableres regionale og flerregionale behandlingstilbud for pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt.

På dette tidspunktet var det kun ett tilbud i Norge om bariatrisk kirurgi, og mange pasienter dro utenlands for å få gjennomført operasjon, uten at det var et opplegg for oppfølging i tiden etter operasjon. Derfor skulle tilbudet også omfatte slik oppfølging.

I 2007 ble det utarbeidet en interregional retningslinje, *Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten voksne*, og i 2011 utga Helsedirektoratet *Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Disse har sammen med prioriteringsveilederen dannet grunnlaget for dagens pasientforløp og organisering av tilbudet.

RSSO har nå et medisinsk og kirurgisk tilbud for pasienter med sykkelig overvekt, der tverrfaglig utredning, behandling og oppfølging gjøres av et team bestående av spesialsykepleiere, ernæringsfysiolog, helsesekretær, fysioterapeuter, medisinske leger og kirurger.

Organisering av tilbudet har utviklet seg ulikt i landet. I Helse Nord er det holdt fast ved at det ved sykehusene i alle helseforetak skal være et lokalt tilbud om utredning og behandling av en viss varighet (minimum seks måneder). Før henvisning til RSSO skal pasientene ha fått tilbud om utredning, behandling og oppfølging både i primærhelsetjenesten og ved et lokalsykehus. Lokalt er det stor variasjon i hvilket tilbud pasienten får, og det er derfor ofte nødvendig med ytterligere utredning og oppfølging ved RSSO før beslutninger om konservativ eller kirurgisk behandling kan tas. De siste par årene er medikamentell behandling av fedme implementert i både konservative og kirurgiske behandlingsforløp.

For å spre kompetanse i regionen og bidra til utvikling av helhetlige pasientforløp fikk Nordlandssykehuset i 2012 oppdrag om å etablere en 50% regional koordinator/rådgiverstilling for sykkelig overvekt. Denne er nå av Nordlandssykehuset redusert til 30%, og ivaretas av enhetsleder. Oppgavene som prioriteres i stillingen er å dele informasjon om pasientforløp til fastleger og lokalsykehus, tilby hospitering ved RSSO og være tilgjengelig for å besvare spørsmål fra lokale aktører. Videre har det vært arrangert noen regionale nettverksmøter.

Per 2022 er det ca. 660 pasienter tilknyttet RSSO; enten i utrednings- eller oppfølgingsforløp. Tabellen viser antall pasienter som er utredet, operert og konservativt behandlet siden oppstart i 2004. Antall operasjoner er primæroperasjoner.

Det er estimert at det blir operert like mange pasienter fra regionen ved andre sykehus, som det blir operert ved Nordlandssykehuset Bodø pr år.

Pasientene kommer fra hele regionen, men det kan se ut som det er overvekt av pasienter fra Nordlandssykehusets nedslagsfelt. Oppdaterte tall for 2022 viser 122 kirurgisk utredede (94 opererte) og 51 konservativt utredede.

Årstall	Antall Utredet	Antall Opererte	Antall konservative	Nordlandssykehusets nedslagsfelt
2004	31	15	-	
2005	60	45	-	-
2006	80	63	-	-
2007	58	44	-	-
2008	72	62	1	-
2009	68	53	7	-
2010	155	89	13	-
2011	104	80	-	-
2012	135	86	2	-
2013	121	77	-	20*
2014	132	97	2	44
2015	179	88	20	68
2016	137	87	29	75
2017	174	95	35	110
2018	188	104	35	89
2019	180	124	30	91
2020	90	72	21	36
2021	145	74	34	72
Sum	2109	1355	229	585

Figur 1 Tekst kommer senere

RSSO rapporterer kvalitetsdata fra alle som gjennomgår fedmekirurgi til [Scandinavian obesity surgery registry, SOREG](#). Dekningsgraden er høy og RSSO scorer høyt når det gjelder pasienter i kontrollopplegg med > 90 prosent etter ett år og > 80 prosent etter to år. Komplikasjons- og reinnleggelsesraten ligger på 1-2 prosent, noe som er lavere enn nasjonalt gjennomsnitt. Pasienter som har vært gjennom kirurgi følges opp i ti år.

RSSO har bidratt med inkludering av pasienter til forskningsprosjekter, bla. til en skandinavisk studie, [BEST-studien](#).

Ved etablering i 2004 ble tilbudet finansiert etter en beregning av kostnader for oppstart (utstyr og opplæring) og nettokostnader pr. operasjon.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 2,670 mill

9.14.2 Egenvurdering

9.14.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

9.14.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Gjennom RSSO har Nordlandssykehuset HF over år har bygd god kompetanse innen fagområdet sykelig overvekt og har erfarne kirurger med god kompetanse innen fedmekirurgi. Nordlandssykehuset HF er per i dag det eneste sykehuset som tilbyr slike operasjoner i regionen. Ved en eventuell avvikling av denne behandlingstjenesten, må det bygges opp tilsvarende tjenester ved de andre foretakene i Helse Nord, noe som vil være ressurskrevende, både økonomisk og personellmessig. Likevel vil det være mulig å avvikle RSSO som regional funksjon og videreføre tjenesten som en lokal funksjon for nedslagsfeltet til Nordlandssykehuset HF. Nordlandssykehuset HF er i dag ikke finansiert for merkostnader knyttet til ivaretagelse av denne regionale funksjonen. Ved videreføring av regional funksjon har Nordlandssykehuset HF en forventning om at behandlingstjenesten fullfinansieres. Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen kan avvikles som regional funksjon og videreføres som lokal funksjon, med de konsekvenser som beskrevet.

9.14.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.14.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Tilbudet ved Nordlandssykehuset HF fungerer godt og det vil derfor være uheldig å rokke ved dagens organisering, særlig siden vi her snakker om et begrenset pasientgrunnlag. Ved Hammerfest sykehus har vi i dag en overvektspoliklinikk med en engasjert dietist. Sykehuset har også den kirurgiske kompetansen som trengs for å kunne utføre denne typen kirurgi. Hvis behovet for fedmeoperasjoner i regionen tiltar i de nærmeste årene kan man vurdere om Hammerfest sykehus kan ta et medansvar for denne pasientgruppen – også kirurgisk.

9.14.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Tilbudet ved Nordlandssykehuset HF fungerer godt og vi vil se det som uheldig å dele opp det kirurgiske behandlingstilbudet på flere steder med et såpass begrenset befolkningsgrunnlag. UNN støtter dagens funksjonsfordeling av kirurgi ved sykelig overvekt.

UNN har i dag gode tilbud om livsstilsendringer i henhold til regionale og nasjonale planer. Det kan vurderes å omgjøre kompetansedelen av det regionale senteret for sykelig overvekt til et nettverk. Dette vil ikke endre funksjonsdelingen for kirurgi som vil måtte finansieres gjennom ISF-inntektene på lik linje med øvrig kirurgi som er funksjonsfordelt til ulike foretak i Helse Nord.

9.14.3.3 Helgelandssykehuset HF

Funksjonsfordelt til NLSH og bør videreføres. Det vil være svært ressurskrevende og derfor ikke hensiktsmessig å etablere denne kompetansen flere steder i landsdelen.

HSYK jobber med å ivareta sine lokale oppgaver til denne pasientgruppen på en god måte (LSSO).

9.14.4 Prosjektets vurdering

RSSO er opprettet som et regionalt tilbud etter oppdrag fra HOD, i likhet med i øvrige regioner. Tilbudet om konservativ eller kirurgisk behandling av sykelig overvekt er rettet mot en pasientgruppe som ofte har sammensatte utfordringer innen somatikk og psykisk helse. Det stiller krav til tverrfaglighet i utredning og behandling, og at metoder som brukes er dokumentert å ha effekt. Derfor er det viktig å rapportere til kvalitetsregister og initiere og delta i forskning, noe tjenesten gjør. Resultatene er gode.

RSSO har en viktig oppgave med å spre kompetanse og gi råd og veiledning til både lokalsykehus og primærhelsetjeneste, for å skape kvalitetsmessig gode og sammenhengende pasientforløp. Ut fra egenvurderingen og tidligere tilbakemeldinger går det frem at de ikke opplever å ha tilstrekkelig ressurser til å ivareta disse oppgavene slik de ønsker. Fra å primært være et tilbud om bariatrisk kirurgi, er det nå et tilbud som omfatter både kirurgi og konservativ behandling, inkludert medikamentell behandling. Tilbudet kan ses på som en 3.linjetjeneste, da pasienter som henvises til RSSO skal ha gjennomgått behandling i primærhelsetjenesten og ved et lokalsykehus.

Den lokale behandlingen varierer mye i innhold og kvalitet, noe som har konsekvenser for forløpet i RSSO. Helse Nord RHF's intensjon med å opprette en 50% regional koordinatorstilling i RSSO, var å spre kompetanse i regionen og *bidra til utvikling av helhetlige pasientforløp*. Når denne stillingen nå er redusert til 30%, synes det som om intensjonen vanskelig lar seg oppfylle.

I vurderingen fra Nordlandssykehuset konkluderes det med at den særskilte finansieringen ikke dekker merkostnader knyttet til ivaretagelse av denne regionale funksjonen. Ved videreføring av regional funksjon har Nordlandssykehuset en forventning om at behandlingstjenesten fullfinansieres. Øvrige helseforetak i regionen anbefaler videreføring av et regionalt tilbud om bariatrisk kirurgi.

Prosjektets vurdering er at tilbudet bør videreføres som en regional behandlingstjeneste for kirurgisk utredning og behandling av sykelig overvekt, og som et regionalt tilbud til pasienter med behov for konservativ oppfølging etter gjennomført utredning og behandling i lokalsykehus.

Helse Nord RHF bør sørge for at det gjennomføres en evaluering av det totale tilbudet til pasienter med sykelig overvekt i regionen, med vekt på både organisering og innhold i tilbudene i lokalsykehusene og i RSSO. Fokus på regional koordinering for helhetlige pasientforløp og kompetansespredning blir viktig i denne sammenhengen.

Helse Nord RHF bør be Helsedirektoratet om å utarbeide nasjonale, faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med sykelig overvekt.

9.14.5 Prosjektets anbefaling

RSSO videreføres som regional behandlingstjeneste for kirurgisk utredning og behandling av sykelig overvekt, og som et regionalt tilbud til pasienter med behov for konservativ oppfølging etter gjennomført utredning og behandling i lokalsykehus. En eventuell endring av finansiering må vurderes etter at anbefalt evaluering er gjennomført.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

9.15 Senskade kreft – seneffektpoliklinikk UNN

9.15.1 Historikk og status

I prosjektets arbeid med å frembringe dokumentasjon for etablering av behandling av seneffekter etter kreft i Helse Nord, finnes følgende spor:

Fra Regional kreftplan 2014-2021: «Det bør opprettes et regionalt kompetansesenter for seneffekter i Helse Nord». Senteret foreslås lagt til UNN. Kreftplanen ble godkjent i styresak 147/2013, med vedtak om at iverksetting av enkelttiltak i planen (heriblant etablering av kompetansesenter) skulle følges opp i årlige oppdragsdokumenter og budsjett til helseforetakene.

Bevilgninger til gjennomføring av tiltak i kreftplanen omtales i styresak 116/2014, der overføringer fra 2016 beløper seg til 44,2 mill for hele regionen. Det ble ikke gitt anbefalinger for hvordan midlene, internt i helseforetakene, skulle fordeles mellom de spesifikke tiltakene i planen.

Slik det ser ut, ble ikke et Kompetansesenter for seneffekter etter kreft opprettet innenfor gitte bevilgninger fra og med 2014. Det forelå ingen krav til UNN (eller øvrige helseforetak) om en helhetlig gjennomføringsplan for tiltak i kreftplanen ved overføring av midler.

I Oppdragsdokument 2019 fikk UNN følgende spesifikke oppdrag: Etablere regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling

Helse Nord RHF har i etterkant (2019) mottatt søknad fra UNN for etablering og finansiering av en *kompetansetjeneste*. Prosjektet kan ikke finne at denne søknaden er besvart av RHFet.

Fra 2020 fikk UNN tildelt 2,1 mill kroner til etablering av behandlingstjenesten Regional kreft seneffektpoliklinikk. Målgruppen for behandling i den etablerte poliklinikken, er voksne kreftoverlevende fra hele regionen med komplekse og sammensatte seneffekter uten tilbakefall og hvor kreftbehandlingen er avsluttet for minst ett år siden. Dette gjelder både overlevende etter kreft i barnealder og etter kreft i voksen alder.

I oppdragsdokument 2021 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 195 S (2020-2021)

De regionale helseforetakene skal bygge opp regional kompetanse om seneffekter etter kreft hos barn og voksne med personell som skal bidra til å overføre kompetanse til allmennlegene om diagnostikk og behandling av seneffekter. Videre skal spesialisthelsetjenesten kunne ta imot pasienter med kompliserte seneffekter for utredning og behandling. Oppdraget bør ses i sammenheng med pågående prosess for utvikling av Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter av kreft og videreføring av denne kompetansen gjennom en annen organisering, som for eksempel kompetansenettverk.

Avvikling av den nasjonale kompetansetjenesten som nevnt ovenfor er pr. mai 2023 under planlegging i Helse Sør-Øst med annen organisering fra 2024.

Avvikling av den nasjonale kompetansetjenesten som nevnt ovenfor er pr. mai 2023 under planlegging i Helse Sør-Øst med annen organisering fra 2024.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 2,234 mill

9.15.2 Egenvurdering

9.15.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

9.15.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Nyetablert funksjon hjemlet i oppdragsdokumentet. Sterkt etterspurt av pasientorganisasjoner og politisk. Svært viktig fagområde under oppbygging.

UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

9.15.3 Vurdering fra ulike interessenter

9.15.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Det blir stadig flere kreft-overlevende. Dermed blir det også flere som overlever med senskader etter kreft. Dette er et fagområde som etterspørres fra pasientorganisasjoner, og temaet er i vinden politisk. Det må derfor påregnes økende krav om at det må finnes kompetanse over hele landet. Lokalsykehus vil verken ha tilstrekkelig bredde- eller dybdekompetanse til å kunne ivareta denne pasientgruppen på en fullgod måte. Finnmarkssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

9.15.3.2 Nordlandssykehuset HF

Dette er en nyetablert funksjon som ikke er kjent i Nordlandssykehuset HF, og som vi derfor ikke benytter oss av. Funksjonen selv beskriver at de har etablert samarbeidspartnere ved ulike avdelinger internt i UNN og med en rekke kommunale instanser og at de har jobbet med å lage en struktur for hvordan pasientforløpene i denne tjenesten skal være. Da tjenesten er etablert som en regional funksjon er det en forventning om at tjenesten også etablerer samarbeidspartnere ved de øvrige foretakene i regionen. Vi har forståelse for at tiden så langt har vært kort, men at det framover i tjenesten er et større fokus på hvordan de skal fylle formålet om en regional behandlingstjeneste. Inkludert i dette er informasjon til Brukerutvalg og Ungdomsråd sentralt.

Nordlandssykehuset HF anbefaler en videreføring av funksjonen i nåværende form under forutsetning av at det regionale fokuset forsterkes framover.

9.15.3.3 Helgelandssykehuset HF

Den regionale funksjonen og samarbeidet med HFene bør bli mer tydelig og bør videreutvikles. Funksjonen bør videreføres.

9.15.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

Andre kommunale helsetjenester	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Senskadepoliklinikk for kreftpasienter er et nytt tilbud for kreftpasienter i vårt område. Det vil ta tid før man kan se nytteverdien av dette tilbudet for den enkelte kreftpasient. Jeg har fått god informasjon om tilbudet, og svar på spørsmål som er stilt.	Sen Skade kreft
Pleie og omsorg	Helgelandssykehuset HF	Senskade klinikken og UNN palliative team for barn er også meget viktige, men er nye tilbud som ikke har vært lenge nok operativt til at vi har fått så mye kontakt med dem foreløpig, men vi ser frem til samarbeid også her.	Sen Skade Kreft

9.15.4 Prosjektets vurdering

Behandlingstjenesten Regional kreft seneffektpoliklinikk, er nyetablert og kan ansees som et delmål for oppfølging av tiltak i Regional kreftplan 2014-2021, krav i oppdragsdokument 2019 (etablering av kompetansesenter) og krav i tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 195 S (2020-2021). Prosjektet har ikke funnet dokumentasjon vedrørende formål og regionalt samarbeid da midlene til poliklinikken ble tildelt, men anbefalinger for organisering, målgruppe og innhold er delvis beskrevet i kreftplanen.

På [nettsiden](#) til «Kreft seneffektpoliklinikk», er overordnet målsetning at poliklinikken skal «bidra til å fremme best mulig helse blant kreftoverlevende». Tjenesten opplyser å ha etablert samarbeidspartnere ved ulike avdelinger internt i UNN og med en rekke kommunale instanser, men samarbeid med øvrige helseforetak omtales ikke ut over at det er publisert henvisningsrutiner. Den regionale tjenesten i UNN var ut fra tilbakemeldinger i 2022, lite kjent i de andre helseforetakene. Funksjonen har siden da gjort et større informasjonsarbeid i regionen. Da tjenesten er etablert som en regional funksjon, er det en forventning om at det også etableres samarbeidspartnere ved de øvrige foretakene i regionen. Det er forståelse for at tiden så langt har vært kort, men at tjenesten fremover setter et større fokus på hvordan formålet med en regional behandlingstjeneste skal fylles.

Innspill fra tjenesten etter prosjektets vurdering:

- Seneffektpoliklinikken vil oppdatere sine hjemmesider med utfyllende informasjon
- Helse Nord RHF bør å lage et innslag om poliklinikken i et av sine nyhetsbrev.

Med tanke på kompetansespredning, er tjenesten ikke utbygd i et slikt omfang som tjenesten selv vurderer er nødvendig ut fra behovet. Det blir stadig flere kreft-overlevende, også flere som overlever med senskader etter kreft. Større oppmerksomhet rundt dette etterspørres fra både pasienter, pasientorganisasjoner og fagfolk. Det må derfor påregnes økende krav om at det finnes kompetanse på området over hele landet. Hvordan dette skal ivaretas i Helse Nord må vurderes når Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter av kreft avvikles fra 2024.

Det er etablert et lokalt register for å kunne dokumentere kvaliteten i tilbudet og om det gir ønsket effekt i form av bedre livskvalitet for pasientene. Foreløpig har ikke tjenesten hatt kapasitet til å analysere data.

NB! I [årsrapport](#) for 2022 (levert februar-23), viser tjenesten til behandling av av 84 pasienter. Fordeling i regionen: Finnmark 21%, Troms 58%, Nordland 21%.

9.15.5 Prosjektets anbefaling

Behandlingstjenesten Regional kreft seneffektpoliklinikk videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

10 Regionale kompetansetjenester

10.1 Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse - Nordlandssykehuset

10.1.1 Historikk og status

[Kompetansetjenesten](#) ble etablert i desember 2016 etter [tilsagn](#) fra Helse Nord RHF. Tjenesten er ikke lovpålagt gjennom lov eller forskrift. I revidert nasjonal strategiplan for arbeid og helse (2022) anbefales det at det «etableres en felles nasjonal kompetansetjeneste for alle nivåer og begge sektorer, for å utvikle og styrke fagfeltet». Dette er en anbefaling fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet samlet.

Kompetansetjenesten har i hovedsak fire virkeområder:

- Bidra med formidling av kunnskap om, og utvikling av, forskning på arbeid og psykisk helse i Helse Nord. Målet er å bidra til etablering av nye strukturelle løsninger for pasientgruppen
- Bidra til nye arbeidsmåter, direkte knyttet til rollen som jobbspesialister gjennom opplæring i individuell jobbstøtte (IPS), samt veiledning og registerbaserte løsninger
- Bidra til å utvikle og drifte regionale nettverk
- Fag og metodeutvikling for innføring av IPS i norsk helsetjeneste, kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling av tjenesten.
-

Flere samfunnsområder er relevante for kompetansetjenesten:

Helsesektoren, både den kommunale og i spesialisthelsetjenesten, utdanningssektoren, arbeids- og velferdssektoren og arbeidslivet generelt.

Totalt i 2021: 38 IPS stillinger i Nordland og ca. 22 i Troms og Finnmark. IPS skaleres fremdeles opp, og 2021 har vært preget av nye stillinger innen satsningsområde IPS ung.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse: 3,496 mill

10.1.2 Egenvurdering

10.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

[Årsrapport](#)

10.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Opgavene KAPH utfører både regionalt og nasjonalt vil vanskelig kunne ivaretas i normal sykehusdrift eller gjennom et ordinært fagnettverk. Det vil være et fortsatt

behov for å fullføre igangsatte forskningsprosjekter som på sikt vil kunne gi svar på om satsningen i region nord har bidratt til høyere deltakelse i arbeid og redusert forbruk av helsetjenester. KAPH var landets første regionale kompetansetjeneste på fagområdet, og det er nå uttalt et ønske om en nasjonal kompetansetjeneste innen fagfeltet.

Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

10.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

10.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Det er ansatt noen IPS-konsulenter med arbeidssteder i Finnmark. Forutsatt at finansieringen av disse stillingene videreføres er dette nyttig for oss. Hvis finansieringen av disse stillingene faller fra og stillingene forsvinner vil vi ikke ha nytte av tilbudet og det kan nedlegges.

10.1.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse bidrar til tjenestetilbudet til en pasientgruppe med et betydelig utenforskap fra samfunnet. Målsetningen med arbeidet er økt helsegevinst gjennom inkludering i arbeidslivet. Tjenesten har vært i drift i 5 år, og forskningsprosjekter som ennå ikke er avsluttet vil kunne gi svar på om satsningen har ført til et lavere forbruk av helsetjenester, færre reinnleggelser og bedret livskvalitet.

Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse ved Nordlandssykehuset er et fagområde i utvikling, det har forskningserfaring og kompetanse innen arbeid og helse. Dette har vært positivt for UNNs arbeid og helsesatsing. UNN støtter at tilbudet videreføres i dagens form.

10.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

Har bidratt til en viktig utvikling og fokus på arbeid/aktivitet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse/rusproblemer. Etablering av styringsgruppe bør prioriteres etablert av RHF.

10.1.3.4 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Svarer på vegne av brukerorganisasjon	Har hatt stor glede av samarbeidet og har betydd veldig mye for den virksomhet vi driver. En fjerning av denne tjenesten vil være svært uheldig og direkte skadelig for det utviklingsarbeid som drives ved vår virksomhet. De ansatte i tjenesten har stor grad av faglighet og profesjonalitet som er svært verdifull for oss.	RKAP
Samarbeidspartner	Kompetansetjenesten for arbeid og psykisk helse gjør en svært viktig jobb med tanke på forebyggende arbeid og utvikling av tjenester og samhandling som er svært nødvendig for helse og livskvalitet for målgruppen, og som har stor betydning for at offentlige tilbud innen området utvikles til effektive og målrettede tiltak med effekt både for enkeltpersoner og samfunnet.	RKAP

Samarbeidspartner	Nordland fylkeskommune har vedtatt en strategi mot ungt utenforskap og arbeider med en handlingsplan for ung inkludering. Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse har bidratt med kompetanse i strategiarbeidet og er samarbeidspart i en rekke tiltak for å sikre gode overganger mellom grunnskole og videregående opplæring og bidra i arbeidet med å gi flere unge en bedre tilknytting til arbeidslivet. RKAPH har forskningskompetanse som gir fylkeskommunen mulighet til å søke selv eller være partner sammen med RKAPH i søknader til forskningsrådet og annen forskningsfinansiering for å få økt kunnskap i arbeidet med å inkludere unge i utdanning, arbeid og deltakelse.	RKAP
-------------------	--	------

10.1.4 Prosjektets vurdering

Kompetansetjenesten ble opprettet etter søknad for seks år siden, og retter seg mot en gruppe mennesker som står i fare for utenforskap i samfunnet, og som har økt risiko for stort forbruk av helsetjenester.

Vurderingene fra øvrige helseforetak kan forstås slik at tjenesten bidrar til regionalt samarbeid innen dette feltet og oppleves nyttig. Forskningen som pågår vil kunne gi noen svar på effekten av tiltakene i tjenesten og gi retning for videre satsinger.

Kompetansetjenesten er etablert i tråd med Retningslinje for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester – 2017. Det anbefales at tjenesten videreføres på samme nivå til 2026, og at det innen den tid gjøres en evaluering med tanke på resultater, hvilke funksjoner i tjenesten som evt. bør videreføres mm.

10.2 Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet (inkludert årlig konferanse) - Nordlandssykehuset

10.2.1 Historikk og status

Kompetansetjenesten ble etablert av Helse Nord RHF i 2012.

Tjenesten er organisert i Seksjon for pasientsikkerhet ved Nordlandssykehuset HF. Fagsjefmøtet er referansegruppe.

Kompetansetjenesten ble opprettet for å:

- Samle gode, formålstjenlige verktøy (herunder om implementering og kultur) på feltet og gjøre dem tilgjengelig for alle foretak.
- Systematisk dokumentasjon av behov for kunnskap og kompetanse blant ledere og frontlinjepersonell
- Bistå foretakene i utvikling og evaluering av egne pasientsikkerhetsverktøy
- Drive egen forskning samt etablere nettverk og samarbeid med andre nasjonale og internasjonale forskningsmiljø på feltet.

Hovedmål er å fremme pasientsikkerhet, dvs. forhindre uønskede hendelser og pasientskader som et resultat av helsetjenestens behandling, og lære av disse for å forebygge at de gjentar seg. Foretakenes kliniske fagmiljø og ledelse er tjenestens viktigste målgruppe. Den viktigste oppgaven er å drive kunnskapsdeling innenfor praktisk/klinisk pasientsikkerhetsarbeid, som gjøres via:

- forskning
- forbedringsutdanning
- forebygging og læring fra pasientskader
- kultur og nettverk
- arrangere regional pasientsikkerhetskonferanse årlig siden 2013

Tjenesten arbeider med en helhetlig regional tilnærming til aktiviteter beskrevet i [Meld. St. 11 \(2020–2021\) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019](#), og pasientsikkerhetsprogrammet «[I trygge hender 24/7](#)», hvor målsetningen er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Også nasjonale faglige råd, som *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand* er grunnlag for arbeidet som gjøres.

Global Trigger Tool analysen i Helse Nord har en innovativ digital løsning med portalen NCAF. Dette er en unik registrering og rapportløsning enn andre helseforetak i landet bruker.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk *Regionale funksjoner*: 6,911 mill.

10.2.2 Egenvurdering

10.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)
[Årsrapport](#)

10.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet har gjennom de ti årene tjenesten har eksistert bidratt til kompetanseheving, kompetansespredning og oppbygging av strukturer innenfor pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. De viktigste tiltakene for dette har vært den årlige, regionale pasientsikkerhetskonferansen, etablering og drift av forbedringsutdanning og kompetanseløft/spredning av ulike verktøy (GTT, hendelsesanalyser, innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet osv.). Kompetansetjenesten kan utvikles i sin nåværende form og gå over i et regionalt nettverk, men det vil medføre konsekvenser for gjennomføring av regional pasientsikkerhetskonferanse, drift av regional forbedringsutdanning og opplæring innenfor GTT som da vurderes utviklet.

Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen kan utvikles i sin nåværende form og ev videreføres som et regionalt nettverk, med de konsekvenser beskrevet.

10.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

10.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Den regionale kompetansetjenesten for klinisk pasientsikkerhet har i noen grad bidratt med innføring og implementering av tiltakspakker fra nasjonalt Pasientsikkerhetsprogram. Tiltakspakker skal nå være implementert i daglig drift, og RKPS har ingen videre funksjon her. I forbindelse med GTT gir Helse Nord RHF midler til NLSH som sikrer funksjonell forvaltning og opplæring, dette fungerer svært godt – men løsningen forutsetter ikke opprettholdelse av RKPS.

RKPS ivaretar flere regionale nettverk som flere opplever som nyttige, eksempelvis innen Hendelsesanalyse og GTT. Slike nettverk kan etableres også uten RKPS, hvor NLSH tar ansvar for GTT og et annet foretak tar ansvar for Hendelsesanalyse (eks. UNN). Regional pasientsikkerhetskonferanse blir planlagt og gjennomført i regi av RKPS. Dersom funksjonen utvikles må dette ivaretas som et samarbeid mellom RHF og alle foretak. Finnmarkssykehuset HF vurderer at funksjonen kan utvikles i sin nåværende form, men nettverk, opplæring og konferanse må ivaretas.

10.2.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

UNN er enig i at funksjonen kan utvikles i sin nåværende form og støtter at dette videreføres som et regionalt nettverk. Alle foretakene har i dag ressurser dedikert til pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsarbeid.

UNN er enig i at det er viktig at foretakene går sammen om å legge gode planer for hvordan pasientsikkerhetskonferansen videreføres, samt den regionale

forbedringsutdanningen og opplæringen innen GTT. UNN bidrar i arbeidet med dette og vil prioritere dette. Videreføringen kan gjøres i en egen prosess og det kan være naturlig å her involvere det videreførte nettverket.

10.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

RKPS har ansvar for drift/forvaltning av GTT portalen og dette fungerer godt.

Flere andre regionale nettverk ledes også fra RKPS og det har fungert bra. Men nettverkene kan også driftes på andre måter ved å dele koordineringsansvaret mellom helseforetakene.

HSYK anbefaler en mer desentralisert modell med regional styring/nettverk som ivaretar opplæring (QI-Nord, GTT) og konferansen.

10.2.4 Prosjektets vurdering

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet har gjennom ti år bidratt til kompetanseheving, kompetansespredning og oppbygging av strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i hele Helse Nord. De viktigste tiltakene for dette har vært den årlige, regionale pasientsikkerhetskonferansen, etablering og drift av forbedringsutdanning¹ og kompetanseløft/spredning av ulike verktøy for [GTT](#), hendelsesanalyser og innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet.

Arbeidet har vært viktig og har med stor sannsynlighet bidratt til positiv utvikling av pasientsikkerhetskulturen i regionen.

I dag har alle helseforetakene dedikerte ressurser til pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsarbeid.

RKPS ivaretar regionale nettverk for hendelsesanalyse og GTT som flere opplever som nyttige. Prosjektet vurderer at nettverkene kan videreføres også uten RKPS, hvor ansvaret for å lede nettverkene fordeles/rulleres mellom helseforetakene.

Tjenesten ivaretar opplæring i GTT. Helseforetakene er pålagt å ha et eget team som rapporterer pasientskader i et omfang som beskrives i [Veileder for bruk av Global Trigger Tool tilpasset norske forhold](#). Det må kunne forventes at de eksisterende GTT-teamene gir opplæring ved utskifte av teammedlemmer. Helsedirektoratet arrangerer også ifølge veileder tre opplæringskurs pr år som kan benyttes.

10.2.5 Prosjektets anbefaling

Prosjektet anbefaler at regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet utvikles. Videreutvikling og deling av kompetanse kan ivaretas i et formalisert kompetansenettverk.

For opplæring i GTT, må innspill fra funksjonen vedrørende bruk og forvaltning av regionalt etablert rapportløsning (NCAF) hensyntas.

Den regionale pasientsikkerhetskonferansen bør videreføres. Helse Nord RHF må i samarbeid med helseforetakene vurdere og planlegge for hyppighet, og hvordan organisering av konferansen og finansiering skal være i kommende år.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

10.3 Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling - Lindring i Nord – UNN

10.3.1 Historikk og status

Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling - Lindring i nord (LIN) - er en av fire regionale kompetansetjenester i Norge på fagområdet. Formålet for kompetansetjenesten er å styrke kvaliteten på lindrende behandling i regionen og bidra til at alvorlig syke og døende, og deres pårørende, får et best mulig behandlings- og omsorgstilbud uavhengig av bo- og oppholdssted.

Forslag om opprettelse av kompetansesenter for lindrende behandling ved alle landets regionsykehus og at det skulle avsettes 5 mill kroner pr år til dette fra 1999, ble foreslått i Statsbudsjettet 1998-1999 med tilslutning i Stortinget ([NOU 1999:2](#), s. 102).

Tjenesten ble etablert i 2000 i UNN – som et 5-årig prosjekt, og etter tjenestens egen oppfatning videreført som fast tilbud fra februar 2005. Som dokumentasjon for dette henvises det til bestillerdokument fra Helse Nord RHF til UNN 2005 (s. 10) der det er formulert at «Kompetansesenteret for lindrende behandling (LIN) ved UNN må styrkes for å ivareta den økte aktiviteten ut mot kommunene». LIN har svart på dette i

Årsrapport 2004 til Helse Nord RHF: «For vårt vedkommende er det også svært gledelig at LIN nå i februar 2005 går over fra prosjekt til å bli permanent».

Referansegruppe for LIN ble etablert i 2017 etter Helse Nord's kriterier for regionale kompetansetjenester fra 2016. Referansegruppen er tverrfaglig sammensatt med representanter fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Hovedoppgaver.

- Kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, informasjon og implementering av palliative faglige råd, retningslinjer og verktøy.
- Bidra til et helhetlig organisert lindrende tilbud gjennom nettverksarbeid, gode pasientforløp og systematisk oppbygging av det palliative tilbudet i spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Fagutvikling og forskning.
-

Målgruppen for tjenesten er alle typer helsepersonell som arbeider med voksne pasienter med behov for lindrende behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Tjenesten leverer årlige rapporter til Helse Nord RHF.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk *Regionale funksjoner*: 3,574 mill

10.3.2 Egenvurdering

10.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

10.3.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Det er et sterkt behov for økende kompetanse i palliasjon også i takt med at stadig flere pasienter lever lenge med sin kreftsykdom uten å bli kurert. Dette er sterkt etterspurt av pasientforeninger og det har politisk vært et mangeårig ønske om å ha kompetansesentre for smertelindring ved alle landets regionsykehus, jf. St prp 61 (1997-98) og der komiteen ved behandling i Stortinget uttalte at:

«Komiteen er tilfreds med at departementet også vil at det skal satses på lindrende behandling og pleie og omsorg for uhelbredelig syke kreftpasienter. Komiteen slutter seg derfor til at det bygges opp kompetansesentre for smertelindring ved alle landets regionsykehus.»

Behovet for kompetansesentrene er fremhevet i Stortingsmelding 24 (2019-20) Lindrende behandling og omsorg – vi skal alle dø en dag. Under behandlingen i Stortinget uttalte komiteen at

«Komiteen merker seg at meldingen fremhever flere ulike kompetansemiljøer som relevante og viktige for kunnskapsformidling om palliasjon, herunder *regionale kompetansesentre for lindrende behandling*, utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, senter for omsorgsforskning og allmenmedisinske forskningsenheter.»

Avvikling eller omgjøring av kompetansesenteret vil risikere å medføre forringelse av tilbudet til pasienter i Helse Nord. UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form

10.3.3 Vurdering fra ulike interessenter

10.3.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Pasientgruppen som håndteres er sårbar, og det er viktig med et godt og likeverdig behandlingstilbud som er uavhengig av pas oppholdssted. God kompetanse i kommunehelsetjenesten vil redusere belastningen i spesialisthelsetjenesten, der det også kan være utfordrende å bygge opp nødvendig kompetanse ved alle lokalisasjoner.

Finnmarkssykehuset HF etterlyser bedre kompetanseoverføring og mer utadrettet virksomhet fra denne tjenesten. FIN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form, men etterlyser samtidig en økt satsing på kompetanseoverføring og utadrettet virksomhet.

10.3.3.2 Nordlandssykehuset HF

Det er fortsatt et stort behov for kunnskap- og kompetansedeling innenfor lindrende behandling. Dette er også et område som det er satt fokus på fra sentrale helsemyndigheter gjennom ulike oppdrag i oppdragsdokumentene. I tillegg er dette områdene som pasienter og pårørende er svært opptatt av og som vi antar øker i

omfang gitt den demografiske utviklingen framover. I Nordlandssykehuset HF er det i hovedsak palliativt team som benytter seg av, og har et samarbeid med kompetansetjenesten. Vi erfarer at tjeneste med fordel kunne vært mer synlig og jobbet mer aktivt inn mot pasienter og brukere. Nordlandssykehuset HF anbefaler at tjenesten videreføres i sin nåværende form, men at tjenesten øker sin synlighet.

10.3.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det er behov for å synliggjøre tilbudet/tjenesten og etablere tettere samarbeid med HF-ene for kompetanseoverføring. Tjenesten bør videreføres.

10.3.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

Sykehus	Oslo universitets sykehus	Den regionale kompetansetjenesten er svært viktig for utviklingen av fagområdet i nord. De har en viktig funksjon i arbeidet med nettverk, utdanning, kompetanseutvikling og forskning. De oppfyller sitt mandat i henhold til Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, de deltar i nasjonale fora knyttet til fagområdet - spesielt oppfølgingen av Stortingsmelding 24 i Helsedirektoratet. De deltar nasjonalt om forskningsprosjekter og da spesielt knyttet til rurale strøk som nord representerer. De har jobbet grundig og systematisk over år, de har knyttet viktige nettverk lokalt, regionalt og nasjonalt. UNN har dessverre ikke prioritert den kliniske delen av palliasjon og det medfører bl.a. at UNN ikke kan utdanne kommende spesialister i palliativ medisin. Alt arbeid de gjør kommer pasienter og pårørende til gode gjennom trygge og kompetente helsepersonell. Vi stiller oss svært undrende til at Helse Nord RHF vurderer å nedprioritere et så viktig fagområde gjennom det arbeidet regional kompetansetjeneste gjør. De har gjort veldig mye over år, men oppdraget er ikke sluttført, det gjenstår mye ugjort og det er kun regional kompetansetjeneste som kan løse det oppdraget.	LIN
Sykehus	Helse Vest	Jeg svarer for en samarbeidspartner i annen del av landet. Etter vår erfaring har den regionale kompetansetjenesten for lindrende behandling i Nord-Norge hatt stor betydning for kompetansespredning (kurs og undervisning), etablering og drift av nettverk for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling, forskning på palliative problemstillinger og god organisering av palliative tjenester, herunder utprøving av telemedisin i palliasjon. Tjenesten har også gitt viktige bidrag til nasjonale oppgaver, f eks som medlemmer av nasjonale utvalg eller ved bidrag til nasjonale utredninger og rapporter. Denne kompetansetjenesten har et spesielt fokus på den samiske befolkningen og har tilrettelagt palliative	LIN

		<p>ressurser for denne befolkningen. Ut fra sin kompetanse og erfaring har de ansatte også særlig oppmerksomhet mot palliasjon i grisgrendte strøk og mot undervisning i palliasjon i videre- og etterutdanninger, og gir viktige bidrag nasjonalt og også internasjonalt på disse områdene.</p> <p>Kompetansetjenesten har gitt ut håndboken Lindring i Nord, som brukes over hele landet og er svært etterspurt. Det pågår for tiden en revidering av denne håndboken.</p> <p>Nord-Norge er eneste landsdel som ikke har et fullt utbygd regionalt palliativt senter, med både regional kompetansetjeneste, palliativt team og palliativ sengepost på regionsykehuset. I henhold til nasjonale føringer skal den regionale kompetansetjenesten være en obligatorisk og selvsagt del av et slikt regionalt senter. Det er å håpe at UNN snart kan etablere et fullt regionalt palliativt senter og dermed kunne utdanne sine egne spesialister i palliativ medisin. Den regionale kompetansetjenesten vil være en svært viktig samarbeidspartner for den kliniske virksomheten, både ved etablering og drift av et slikt senter.</p>	
Pleie og omsorg	Finnmarkssykehuset HF	<p>Lindring: blir lite brukt som rådgivende organ for oss som sykehjem. Det ses behov for kontaktinformasjon og spredning om lavere terskel for å ta kontakt, spesielt i de lindrende casene, der vi erfarer å ikke komme i mål, behandling tar for lang tid, eller preparatvalg.</p> <p>Ved tilbud om kompetansehevende tilbud som gagnar min virksomhet, ta gjerne kontakt.</p>	LIN
Stab helse og omsorg	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Kommunen har hatt nært samarbeid med lindring i Nord gjennom mange år. De har i stor grad bidratt til utvikling av det kommunale tilbudet.	LIN
Pleie og omsorg	Nordlandssykehuset HF	Helsepersonell i vår kommune har gjennom flere runder deltatt i undervisning arrangert av LIN, vi benytter ofte den informasjonen og linkene som LIN har på sin hjemmeside og vi har knyttet nær kontakt med de ansatte som gjør at terskelen for kontakt blir veldig lav. Opplever det som en stor trygghet for oss som fagpersonell at de er tilgjengelig, holder oss faglig oppdatert med nyhetsbrev om hva som rører seg innen fagfeltet, kompetanseheving og tilstedeværelse når vi har behov for dette.	LIN

Pleie og omsorg	Nordlandssykehuset HF	I min jobb som kreftsykepleier i kommunehelsetjenesten jobber man mest "alene" og det er viktig med det nettverket for ressursykepleiere som kompetansesenteret organiserer. Gull verdt:)	LIN
Pleie og omsorg	Helgelandssykehuset HF	Det regionale tilbudet innen for kreft og palliasjon er meget viktig for å fortsette å bygge opp kompetansen i landsdelen innenfor dette området. Det gir oss tilgang og samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bidrar med fokus på palliasjon.	LIN
Pleie og omsorg	Finnmarkssykehuset HF	Lindring i Nord har vært til stor hjelp for kompetanseheving og nettverksbygging i mellom kommunehelse og spesialisthelsen.	LIN
Pleie og omsorg	Universitetssykehuset Nord Norge HF	For meg som kreftsykepleier har LIN vært viktig for å holde faget varmt og få nyheter, veiledning og opplæring. Men de har også bidratt til at man knytter kontakter i miljøet, både på de ulike avdelingene på UNN, men også med andre kreftsykepleiere i hele regionen. Dette gir kunnskap, trygghet og styrke til å stå i jobben som kreftsykepleier i kommunen, hvor man er ganske alene med den kompetansen. LIN støtter på den måten kommunene i arbeidet med kreftpasienter og kronisk syke på en måte som kanskje bare kreftsykepleierne er klar over.	LIN
Pleie og omsorg	Helgelandssykehuset HF	Det gir en trygghet for oss som kommunalt ansatte at vi har et oppslagsverk/kontaktpunkt som lindring i nord når vi behandler palliative pasienter. Det bidrar til en verdig avslutning for pasienten.	LIN

10.3.3.5 Pasient-/bruker erfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Svarer på vegne av brukerorganisasjon	Vår erfaring fra samarbeid med Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling i Helse Nord Kreftforeningen anser Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling, - Lindring i Nord (LiN) som en av våre viktige samarbeidspartnere og ønsker med dette å fremheve betydningen av fortsatt å ha et kompetansesenter for lindrende behandling i Helse Nord. Med bakgrunn i et stadig økende antall krefttilfeller og økende gjennomsnittsalder i befolkningen er vår anbefaling at kompetansen i lindrende behandling både må styrkes og videreutvikles. I dette arbeidet mener vi at LiN har hatt og også i årene fremover vil komme til å ha en sentral rolle.	LIN

	<p>Vi har over flere år samarbeidet tett med Lindring i Nord i oppbyggingen av et nettverk for ressurspsykepleiere innen kreft- og lindrende behandling over hele regionen, herunder gjennom å arrangere felles kurs og møter for sykepleiere i lokalsykehusene og kommunene i Helse Nord området. Vi har også brukt LiN sin kompetanse i utviklingen av våre tilbud.</p> <p>I våre møter med ressurspsykepleiere i lindrende behandling har Kreftforeningen sammen med Lindring i Nord invitert inn ressurspersoner fra spesialist og kommunehelsetjenesten, samt personer med brukermedvirkning. Vi har hatt et godt samarbeid om programmet hvor Lindring i Nord har tilført tung faglig kompetanse og der Kreftforeningen har hatt fokus på brukerperspektivet. I sum har det medført gode samlinger og kurs der temaene har vært alt fra avanserte former for lindrende behandling til senskader, pårørendeperspektivet, seksualitet, presentasjoner av nye behandlingsformer, innføring av Pakkeforløp hjem, veiledere osv. For Kreftforeningen har disse samlingene vært en unik mulighet til å møte aktuelle ressurspersoner i spesialist og primærhelsetjenesten for å spre kunnskap i hele regionen. Vi ville ikke hatt denne muligheten uten Lindring i Nord.</p> <p>Vi ser også at arbeidet til Lindring i Nord har tilført kompetanse og struktur ut til en sårbar kommunehelsetjeneste som ofte består av uerfarne leger og legevikarer og der sykepleiertjenesten må ta et stort faglig og praktisk ansvar for alvorlig syke og døende. I dette arbeidet er vår erfaring at kompetansetilførselen og nettverksmøtene for ressurspsykepleierne er svært viktig for at mange av disse tross mange utfordrende situasjoner velger å bli stående i jobbene sine.</p> <p>I samtaler med kreftkoordinatorer og andre ressurspersoner ser vi at mange også har lent seg mot Lindring i Nord i utviklingen av egne, kommunale planer for lindrende behandling, både faglig og økonomisk. Vi ser at dette har vært ekstra viktig i mindre kommuner hvor fagmiljøene er små og preget av høy turnover. Vi vil herunder også peke på "Håndbok i Lindrende behandling" - et praktisk arbeidsverktøy for medisinske og praktiske tiltak innen lindrende behandling utarbeidet av Lindring I Nord. Dette heftet er distribuert ut til hele helsetjenesten i Helse Nord området og også utover det ganske land og anses som et faglig godt og nyttig verktøy. Heftet er nå under en større revidering i regi av LiN, noe som sikrer faglig kvalitet gjennom bruk av ny, forskningsbasert kunnskap. Avslutningsvis vil vi fremheve at Lindring i nord er et velfungerende kompetansesenter som gjennom mange år har bidratt til å heve og styrke den lindrende kompetansen i hele regionen. I et pasient- og pårørendeperspektiv er det avgjørende med rett kompetanse i helsetjenestens alle ledd, og det er en viktig grunn til at Kreftforeningen ser samarbeidet med Lindring i Nord som svært viktig. Kreftforeningen setter sin lit til at Kompetansesenteret for Lindrende behandling ikke bare vil bestå, men også gis den nødvendige</p>	
--	--	--

	mulighet for vekst og videreutvikling i takt med befolkningens voksende behov for lindrende behandling av solid kvalitet.	
--	---	--

10.3.4 Prosjektets vurdering

Forslag om opprettelse av kompetansesenter for lindrende behandling ved alle landets regionsykehus ble foreslått i Statsbudsjettet 1998-1999 med tilslutning i Stortinget.

Det er et sterkt behov for økt kompetanse i palliasjon. Målgruppen er hovedsakelig pasienter med kreft, men også andre pasientgrupper kan ha behov for lindrende behandling. Tjenesten jobber i stor grad utadrettet (kursing, ledelse av nettverk i Nord-Norge, digitale veiledere), benyttes mye av både sykehus og primærhelsetjeneste og har nasjonale oppdrag.

Prosjektet vurderer at det er fortsatt et stort behov for kunnskap- og kompetansedeling innenfor lindrende behandling. I tillegg er dette et område som pasienter og pårørende er svært opptatt av. Tjenesten oppfatter seg selv som permanent fra 2005. Det vil likevel, som for alle tjenester som spesialisthelsetjenesten tilbyr, være behov for jevnlig evaluering av om tjenesten skal videreføres i samme form.

Tjenesten har i tråd med Retningslinje for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester i Helse Nord konsentrert arbeidet sitt om å dele kompetanse med fagpersoner i spesialist- og primærhelsetjenesten. Helseforetakene etterspør økt kompetanseoverføring og mer utadrettet og synlig virksomhet fra tjenesten. Videre er det anbefalt at tjenesten jobber mer aktivt inn mot pasienter og brukere for styrking av helsekompetanse i befolkningen

10.3.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå. Evalueres i tråd med retningslinjer, tentativt 2025.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

11 Regionale kompetansenettverk

11.1 Regionalt barnepalliativt team – UNN

11.1.1 Historikk og status

HOD ga i 2020 alle regioner i oppdrag å etablere regionale barnepalliative team. Helse Nord RHF videreførte oppdraget til UNN:

Etablere et regionalt barnepalliativt team som skal veilede de lokale barneavdelingene og ha ansvar for helseregionens kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon, i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge. Helse Nord sitt barnepalliative team må ha tilgang til samisk språk og kulturkompetanse og skal bistå de andre helseregionenes barnepalliative team ved behov for samisk språk og kulturkompetanse.

Teamet skal være lokalisert til den regionale barne- og ungdomsklinikken, og ha hovedansvaret for fag- og kompetanseutvikling i sin region, samarbeide med og være rådgivende for de lokale teamene.

En arbeidsgruppe ledet av UNN har i samarbeid med de øvrige helseforetakene i regionen gjennomført et arbeid for å beskrive innhold i og organisering av et regionalt barnepalliativt team. Rapport fra arbeidet er levert, men teamet er ikke etablert. Forslaget fra arbeidsgruppen er å etablere en nettverksmodell med deltakere fra de lokale barnepalliative teamene i regionen.

Funksjonen har siden 2021 hatt særskilt finansiering – *Overgangsordning*, på 1 mill.

11.1.2 Egenvurdering

11.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

11.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Nasjonal føring om å etablere regionalt barnepalliativt team i hver helseregion. Oppdrag fra HOD til RHF-ene i 2020. Sterkt ønsket av pasienter og politiske myndigheter.

11.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

11.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ønsker at det palliative teamet ved UNN videreføres i dagens organisering.

Finnmarkssykehuset har eget team under oppbygging. Når eget team er operativt kan det være nyttig å se på organiseringen og økonomien på dette fagfeltet på nytt.

11.1.3.2 Nordlandssykehuset HF

Nasjonale myndigheter har lagt føringer gjennom oppdragsdokumentet om å etablere regionale barnepalliative team i hver region. UNN er tildelt denne oppgaven i Helse Nord med budsjettmidler fra 2020. På tross av at en arbeidsgruppe har levert anbefalinger om hvordan et slikt team kan organisere, er ikke et regionalt barnepalliativt team etablert. Arbeidsgruppen anbefaler en modell lik den man har i Helse Vest, hvor man ivaretar funksjonen gjennom en nettverksmodell med representanter fra de 3 lokale barnepalliative temaene (FIN, UNN og NLSH). Dette vil føre til bedre samhandling og harmonisering av tilbudet til alle pasienter i region Nord.

Nordlandssykehuset anbefaler at midlene tildelt regionalt palliativt team brukes til å etablere et nettverk etter arbeidsgruppens anbefalinger for koordinering av og kompetanseheving i de lokale barnepalliative teamene i regionen.

11.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK er av den oppfatning at det er behov for et slikt tilbud i regionen både for å bedre kompetansen og veilede innen barnepalliasjon. Etableres på et HF i Helse Nord eller i samarbeid med annen region.

Det er per nå ikke etablert et tilbud på UNN da det avventes beslutning fra Helse Nord.

11.1.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

I hvilken del av helsetjenesten arbeider du?	I hvilket helseforetaksområde arbeider du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Pleie og omsorg	Helgelandssykehuset	Det regionale tilbudet innen for kreft og palliasjon er meget viktig for å fortsette å bygge opp kompetansen i landsdelen innenfor dette området. Det gir oss tilgang og samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bidrar med fokus på palliasjon. Senskade klinikken og UNN palliative team for barn er også meget viktige, men er nye tilbud som ikke har vært lenge nok operativt til at vi har fått så mye kontakt med dem foreløpig, men vi ser frem til samarbeid også her.	Barnepall

11.1.4 Prosjektets vurdering

Med bakgrunn i *Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose*, og i tråd med oppdrag fra HOD 2020, skal det etableres et regionalt barnepalliativt team i Helse Nord. Teamet skal ha hovedansvaret for fag- og kompetanseutvikling, ha samarbeid med og være rådgivende for de lokale teamene.

Rapporten som er utarbeidet er et grunnlag for etablering og drift av et slikt team. Siden teamet ikke er etablert enda kan prosjektet verken vurdere eller gi anbefaling for videre drift, ut over at teamet bør etableres snarest mulig.

Teamet har siden 2021 hatt særskilt finansiering – *Overgangsordning*, på 1mill. kroner.

11.1.5 Prosjektets anbefaling

Når funksjonen etableres må finansiering vurderes i ordinært budsjettarbeid.

12 Regionale koordinatører

12.1 Regional koordinator helsefagarbeiderlæringer – Nordlandssykehuset

12.1.1 Historikk og status

Etter endt regionalt prosjekt «Satsingsprosjekt helsefaglæringer 2014-2016», vedtok styret i Helse Nord RHF å satse videre på helsefagarbeidere i regionen.

Hvert helseforetak fikk midler til å følge opp tiltak internt. I tillegg fikk Nordlandssykehuset særskilt finansiering av 50% regional koordinatorstilling. Stillingens hovedformål er å koordinere og lede regionalt fagnettverk som består av lokale fagrådgivere i de øvrige helseforetakene, konserntillitsvalgt og representant fra Helse Nord RHF.

Hovedoppgaver for nettverket er regionalt samarbeid og erfaringsutveksling knyttet til rekruttering, faglig utvikling og kvalitetsarbeid av helsefagarbeiderlæringer i Helse Nord. Oppgavene er nærmere skissert om følger:

- Utarbeidelse av handlingsplaner for videreført satsning på helsefagarbeiderlæringer
- Regionale piloter for å teste oppgavedeling/- glidning tilknyttet helsefagarbeidere
- Utarbeidelse av regional lærlingestrategi
- Sikre at inntak av lærlinger samsvarer med fremtidig behov for tjenesten gjennom å delta i scenarioarbeid og framskrivning i regional bemanningsmodell
- Rekruttering og gjennomføringsgrad av helsefagarbeiderlæringer
- Markedsføring som rekrutterer tilstrekkelig kvalifiserte søkere til stillinger som helsefagarbeiderlæringer
- Tilstrekkelig med kvalifiserte og motiverte instruktører/ veiledere
- Et godt samarbeidsnettverk med fylkeskommune, kommunene, opplæringskontorene og skolene i regionen.
- Sikre kontinuerlig kompetanseheving som eksempelvis gjennomføring av fagdager
- At kompetansemål for helsefagarbeiderlæringer registreres inn i Dossier kompetansemodul
- Jevnlige evalueringer mot lærlinger, veiledere og faglig ledere
- Rullerende regionale kommunikasjonsplaner for denne satsningen
- Å samle saksgrunnlag for å svare ut ulike kartlegginger og saksutredninger tilknyttet helsefagarbeiderlæringer
-

Ordningen ble evaluert i 2022. Arbeidet til regional koordinator, og viktigheten av det ble beskrevet slik:

Arbeidet er preget av erfaringsutveksling og deling av gode (og mindre gode) løsninger, samt refleksjon, evaluering og justering av planlagte aktiviteter. Det er viktig med felles ramme. Uten en regional leder for dette arbeidet vil det ikke være mulig å lykkes. Lederen har en viktig rolle med å holde samarbeidet i gang. Hun har det regionale blikket og bidrar til koordineringen av utviklingen og erfaringsdelingen. Leder har også en viktig rolle som kontaktperson mellom HF og RHF.

Den særskilte finansiering for regional koordinator er klassifisert som *Overgangsordning* med 557 000 kroner. De ansvarlige for helsefagarbeiderlærlinger i de respektive helseforetakene er ikke en del av denne funksjonen, men er finansiert som tabellen viser:

FIN	UNN	NLSH	HSYK
582	685	578	579

12.1.2 Egenvurdering

12.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

12.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Denne funksjonen innebærer å koordinere driften av det regionale nettverket, oppfølging av medlemmene og tiltakene, være kontaktpunktet mot Helse Nord, samordne og svare ut felles høringsuttalelser og videreutvikle regional bruk av kompetanseportalen for helsefagarbeiderlærlingene. Nordlandssykehuset innehar funksjoner da vi er det foretaket som har mest og best resultater og praksis, vært mest innovativ i forhold til tjenesten, utviklet prosjekter og ivaretatt ordningen best i regionen. Gjennomgangen viser midlertid at det ikke er like stort behov for som tidligere for funksjonen, og at funksjonen kan reduseres fra 50% til 20%. Den resterende funksjonen vil ivareta den mest sentrale og godt fungerende oppgaven med å koordinere det regionale fagnettverket for helsefagarbeiderlærlinger. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan videreføres i en annen form enn dagens ordning.

12.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

12.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset oppfatter at stillingen som regional koordinator for helsefagarbeiderlærlinger har stor betydning i arbeidet med helsefagarbeiderlærlinger i Finnmarkssykehuset. Det er ansatt en person i 50% stilling i Finnmarkssykehuset til å jobbe med lærlinger og da har det regionale nettverket for helsefaglærlinger vært viktig for vedkommende.

12.1.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Nasjonal helse og sykehusplan, samt oppdragsdokument fra Helse Nord gir føringer for satsning på helsefagarbeidere. Stillingen som regional koordinator for helsefaglæringer ved NLSH har en oppfølgende- og rådgivende rolle på regionalt nivå.

Funksjonen som regional koordinator verdsettes i UNN og vurderes som sentral i arbeidet med å øke utdanningskapasiteten og å rekruttere flere helsefagarbeidere til spesialisthelsetjenesten.

UNN støtter målet om å utdanne flere og å rekruttere helsefagarbeidere til spesialisthelsetjenesten. UNN har hittil ikke lyktes å nevneverdig øke andelen helsefagarbeidere. I dag er andelen 3,6%. Det bør gjøres en helhetlig vurdering av om regionens eksisterende tilnærming for å styrke helsefagarbeidere, inkludert regional koordinator, er det rette grepet.

12.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

For å oppnå mål i OD er det fortsatt behov for koordinering/nettverk i Helse Nord.

Videreføres i dagens form. Vurdere nettverksmodell når mål i OD er oppnådd.

12.1.4 Prosjektets vurdering

Stillingen som regional koordinator for helsefagarbeiderlæringer ble opprettet i 2016. Regional koordinator leder et regionalt nettverk, som har mange oppgaver knyttet til helsefagarbeiderlæringer, jf. statusbeskrivelsen over.

I egenvurderingen vises det til hvilke resultater som er oppnådd. Prosjektet vurderer at oppgavene det jobbes med og resultatene som er oppnådd er viktige for at Helse Nord skal være en god læringsarena for helsefagarbeiderlæringer, og for at flere helsefagarbeidere tilbys jobb i foretakene.

Vurderinger fra helseforetakene støtter videreføring av satsing på helsefagarbeiderlæringer, men har ulike syn på behovet for å videreføre regional koordinatorstilling. Nordlandssykehuset foreslår at stillingen kan reduseres og konsentreres om enkelte oppgaver. UNN mener det bør gjøres en helhetlig vurdering av om regionens tilnærming for å styrke helsefagarbeidere, inkludert regional koordinator, er riktige tiltak for å nå målet.

Prosjektet vurderer det som viktig at Helse Nord fortsetter satsingen på helsefagarbeiderlæringer, ikke minst for å være rustet for fremtidens behov for tilstrekkelig tilgang til fagfolk i spesialisthelsetjenesten.

Nettverket som er etablert vurderes som en viktig faktor og drivkraft for å lykkes med dette arbeidet. Nettverket kan på sikt videreføres uten regional koordinator, f.eks. ved at ansvaret for å lede nettverket rulleres mellom de lokale koordinatorene i helseforetakene. Prosjektet vurderer likevel at regional koordinator fortsatt har en så sentral rolle i arbeidet at den bør videreføres for en begrenset tidsperiode. I perioden bør måloppnåelse og overgang til nettverk der ledelse går på omgang vurderes.

Konserntillitsvalgte er ikke enig i prosjektets anbefaling om tidsbegrensning.

12.1.5 Prosjektets anbefaling

DISSENS

1. Funksjonen videreføres ut 2024 med dagens finansiering. I forkant av eventuell endring, må det gjennomføres en evaluering.
2. Konserntillitsvalgtes anbefaling: Funksjonen videreføres med dagens form og finansiering.

12.2 Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (RKE) – UNN

12.2.1 Historikk og status

I [Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator](#), er det nedfelt at det skal finnes koordinerende enhet i hvert helseforetak. Forskriften stiller ikke krav om regionale koordinerende enheter, men som oppfølging av «Kronikersatsningen», ga Helse Nord RHF i Oppdragsdokument 2007, UNN følgende oppdrag:

- Etablering av Regional koordinerende enhet for rehabilitering ved UNN HF. Funksjonen skal omfatte alle aldersgrupper og diagnoser, både innen somatikk og psykiatri/rus, samt private rehabiliteringsinstitusjoner.
- Utarbeiding av forslag til organisering av koordineringsfunksjonen i de andre foretakene i regionen, i samarbeid med disse, med sikte på oppstart i 2008.

Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i Helse Nord, ble etablert i januar-2007. Samme type enhet ble opprettet i de andre tre regionale helseforetakene i landet.

På enhetens [nettsider](#) finnes [lenker](#) med kontaktinformasjon til koordinerende enhet i helseforetakene. Disse er videre lenket til tilsvarende informasjon om koordinerende enhet i kommunene. Det betyr at tjenesteytere, som har pasienter fra ulike deler av landet, enkelt kan finne frem til koordinerende enhet i alle landets kommuner og helseforetak.

Hovedarbeidsområder i 2021:

- Å ha oversikt, formidle informasjon og bidra til samarbeid mellom aktørene i ReHabiliteringskjeden lokalt, regionalt og nasjonalt innenfor helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner, kommunale tjenester, brukerorganisasjoner og andre.
- Å følge opp de lovpålagte ansvarsområdene koordinerende enheter, samt ordningene koordinator og individuell plan i helseforetakene. Dette arbeidsområdet omfatter alle fagområder og klinikker.

Enheten er i 2022 bemannet med 2 x 50%-stillinger.

12.2.2 Egenvurdering

12.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via [lenker](#).

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

[Årsrapport](#)

12.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Dette er en funksjon etablert i alle helseregioner med basis i Oppdragsdokumentet 2007. Denne er etablert med hjemmel i tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering er det etablert koordinerende enheter i hver av de fire helseregionene. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at denne praksisen videreføres jfr Prop. 91 L (2010-2011), side 373. Funksjonen er nødvendig.

12.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

12.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ønsker klart at denne funksjonen videreføres som en regional funksjon. Funksjonen er en viktig forutsetning for at rehabiliteringsavdelingen ved Finnmarkssykehuset (Kirkenes sykehus) skal fungere optimalt.

Det etterlyses imidlertid en mer tydelig regional rolle ved at ansatte i «Koordinering, rehabilitering UNN» framstår med RHFet – og ikke UNN - som overordnet hvis noe skal tas opp i linja for beslutning.

Videre er det viktig at denne stillingen har et overordnet ansvar for å samle all info om rehabilitering i regionen, oppdatere nettsider, og opprettholder kompetanse som så spres til alle rehab-miljøene i regionen.

12.2.3.2 Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehusets fagmiljø for rehabilitering har i liten grad/ingen grad benyttet seg av RKE de senere årene. De som har brukt funksjonen i Nordlandssykehuset er koordinerende enhet. I beskrivelsen fra funksjonen selv, er den tett koblet mot koordinerende enhet (KE) og nettverket bestående av de koordinerende enhetene ved alle foretakene i regionen. Dette er i tråd med vår erfaring. Da alle foretakene har funksjonen KE vil dette nettverket kunne videreføres, selv om RKE avvikles, noe som sannsynligvis er hensiktsmessig gitt den økonomiske rammen og hva vi erfarer at vi får tilbake for disse midlene.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form og videreføres som et regionalt nettverk bestående av representanter for de koordinerende enhetene.

12.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det er nå etablert koordinerende enhet i hvert HF og behovet for regional koordinering fra UNN er mindre. Tjenesten kan organiseres som nettverk i stedet for en regional tjeneste da det er etablert koordinerende enheter i hvert HF. Videreføres ikke i dagens form.

12.2.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

I hvilken del av helsetjenesten arbeider du?	I hvilket helseforetaksområde arbeider du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk	
--	--	---	--

		fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Direktorat	Direktorat	RKE har drevet viktig og målrettet arbeid i mange år, og vært et viktig bidratt til direktoratets prosesser. Sørger for enhetlig praksis på tvers av helseregionene, og fremstilling av viktige helsetilbud innen habilitering og rehabilitering til befolkningen. RKE har vært en viktig pådriver for et forbilledlig samarbeid i spesialisthelsetjenesten. Dette svaret er en samlet og tverrfaglig tilbakemelding fra direktoratet.	Rehab
Allmennlege	Universitetssykehuset Nord Norge	Med mindre jeg misforstår funksjonen, er RKE (vurdering rehabilitering) et uforholdsmessig stort hinder for å gi tilbud til pasienter, og er veldig rigide i avslag, mens klager ofte går igjennom. Det er ingen forskjell mellom henvisning og klage, hvorfor skal sistnevnte plutselig gjøre at mer ressurssterke pasienter får plass på rehabilitering? Dårlig samhandling og forsinkelse av behandling som reduserer funksjonsnivå for de som trenger det.	Rehab. OBS, en annen funksjon innenfor rehab som er vurdert?

12.2.4 Prosjektets vurdering

Tjenesten er ikke særskilt finansiert av Helse Nord RHF.

I Helse Nord RHF's budsjettoversikter er det oppført en tjeneste med særskilt finansiering navngitt som «Koordinering rehabilitering». Ved prosjektstart ble det oppfattet at dette gjaldt RKE. Etter prosess med egenvurdering og interessenters vurdering av RKE, viser nærmere granskning av dokumentasjon for tildeling av midler at budsjettposten gjelder [Regional vurderingsenhet UNN \(RVE\)](#). Sistnevnte tjeneste vil pga fremdriften i prosjektet, ikke bli vurdert på nåværende tidspunkt.

Alle landets helseregioner har likelydende enheter som RKE. Enheten ivaretar samarbeid mellom aktører i rehabiliteringskjeden, både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Helseforetakenes vurdering av tjenestens betydning de siste årene er sprikende, fra Finnmarkssykehuset som mener at tjenesten er en forutsetning for at rehabiliteringsavdelingen i Kirkenes skal fungere optimalt, til Nordlands- og Helgelandssykehuset som mener at tjenesten kan gå inn i et rent nettverk.

Siden tjenesten ikke har en særskilt finansiering, ønsker ikke prosjektet å komme med en konkret anbefaling.

12.3 Regional traumekoordinator – UNN

12.3.1 Historikk og status

Regional traumekoordinator ble etablert 1. september 2011, etter at styret i Helse Nord RHF (styresak 133-2010) vedtok å etablere et regionalt traumesystem i tråd med anbefalingene i Nasjonal Traumerapport.

Formålet med funksjonen er, jf. vedtaket:

Regional traumekoordinator skal legge til rette for å innføre regionalt traumesystem i Helse Nord, drive kvalitetssikrings- og utviklingsarbeid innenfor traumesystemet og bidra til traumatologisk forskning i regionen.

I mars 2017 (styresak 26-2017) ble det også tatt beslutning om innføring av nasjonal traumeplan i Helse Nord, [Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem Norge 2016](#), som retningsgivende for utvikling og organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Nord.

Alle regionene har pr. i dag regionale traumekoordinatorer som følger opp de lokale traumesentrene og -koordinatorer, og bidrar på systemnivå til innføring og opprettholdelse av nødvendig traumekompetanse ved hvert helseforetak.

Regional traumekoordinator leder regionalt traumenettverk, rapporterer direkte til fagdirektør i Helse Nord RHF og er også saksbehandler for fagdirektør og ledelse i Helse Nord RHF i saker vedrørende traumatologi.

Funksjonen finansieres gjennom inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner* med 1,313 mill. kroner i 2022.

12.3.2 Egenvurdering

12.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

12.3.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Etablert i forbindelse med vedtak i styret i Helse Nord 133-2010 «Regional traumekoordinator skal legge til rette for å innføre regionalt traumesystem i Helse Nord, drive kvalitetssikrings- og utviklingsarbeid innenfor traumesystemet og bidra til traumatologisk forskning i regionen». Vi mener denne funksjonen er viktig for å sikre og understøtte traumefunksjonene ved alle foretakene i Helse Nord.

12.3.3 Vurdering fra ulike interessenter

12.3.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset opplever regional traumekoordinator som essensiell i arbeidet med å være pådriver og oppfølger av behandling av akutte traumer i Finnmarkssykehuset. Traumekoordinator-funksjonen beskrives som avgjørende for å sikre kvaliteten i dette arbeidet. Dagens ordning med regional koordinator og traumenettverk gjør kommunikasjon, samhandling og kompetansespredning på tvers av sykehusene enkel og systematisk, noe som er effektivt og tids- og kostnadsbesparende.

12.3.3.2 Nordlandssykehuset HF

Regional traumekoordinator ble etablert i 2010 og har vært en pådriver for innføring og opprettholdelse av nødvendig traumekompetanse ved foretakene i Helse Nord, hovedsakelig gjennom regional traumeplan. Vi erfarer at regional traumekoordinator har et stort engasjement i fagområdet og har vært en viktig pådriver, men ikke alltid har kunnskap og forståelse for rammene rundt – som også er viktig for å oppnå målene innenfor traumefaget. Vi er enige i at det regionale nettverket er den sentrale delen av denne funksjonen og ser at med økt kunnskap og økt bruk av blant annet Nasjonalt traumeregister, at selve koordinatorrollen ikke er like sentral for å sikre faget status og anseelse ved foretakene. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form og videreføres som et regionalt nettverk.

12.3.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK leverer data til Nasjonalt Traumeregister. Regional traumekoordinator har en tilsynsfunksjon og har bidratt med organisering/ opplæring. Regional traumekoordinator er ikke involvert i traumeorganiseringen i HSYK.

Videreføres ikke i dagens form. HSYK foreslår organisering som et nettverk ledet av UNN.

12.3.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen er ikke pålagt gjennom lov eller forskrift, men vedtatt i styresak og beskrevet og anbefalt i Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2016.

Regional traumekoordinator leder og drifter regionalt traumenettverk. Nettverket bidrar til ensartet behandling og til å spre faglig veiledning og råd.

I Helse Nord RHF vurderes det som verdifullt at funksjonen er faglig direkte underlagt fagdirektøren i Helse Nord, både ved behov for forankring i Helse Nord og for å nå ut med råd og veiledning. Regional traumekoordinator har også på oppdrag fra fagdirektør hatt en rolle i å følge opp i hvor stor grad de ulike traumeteamene følger de sterke anbefalingene i revidert nasjonal traumeplan.

Resultater fra [Nasjonalt traumeregister](#) viser stor variasjon i regionen når det gjelder måloppnåelse for kvalitetsindikatorer, noe som kan bety at det fortsatt er behov for opplæring og oppfølging av fagområdet.

Helseforetakene har gjort ulike vurderinger av om funksjonen bør videreføres. Prosjektet vurderer at det fortsatt er behov for regional traumekoordinator for å bidra på systemnivå til å opprettholde nødvendig kompetanse og prosedyrer ved hvert traumemottak, men funksjonen bør evalueres opp mot opprinnelig formål og mandat.

12.3.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå inntil evaluering av formål og mandat er gjennomført.

13 Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

13.1 Pasienttelefon - Informasjonstjeneste for pasienter og personell vedrørende valg behandlingssted – Nordlandssykehuset

13.1.1 Historikk og status

[Pasienttelefonen](#) ble etablert i 2001 i alle regioner, jf. [rundskriv I-53/2000](#), og er en regional informasjonstjeneste for pasienter om valg av behandlingssted ([Informasjonstjenesten Velg behandlingssted](#)). Den regionale tjenesten inngår i et nasjonalt nettverk. Alle pasientrådgiverne ved informasjonstjenesten deltar i tre nasjonale møter årlig med tjenesteansvarlig i Helsedirektoratet, der også andre samarbeidsparter jevnlig inviteres.

Oppgaven til informasjonstjenesten er å informere befolkningen om rettigheter og ventetider i den offentlige spesialisthelsetjenesten og øvrige behandlingssteder som har avtale med det offentlige. Det gis også individuell rådgiving og oppfølging der det er behov for det, og informasjon til helsepersonell.

De siste fire årene (2019-2022) mottok tjenesten i Helse Nord henholdsvis 1529, 2168, 2686 og 2925 telefoner. Økningen de siste årene kan være et resultat av at direktenummeret til tjenesten nå oppgis i alle venteliste-brev.

Tjenesten har også ansvar for å følge opp helseforetakene i forbindelse med oppdatering av ventetider og informasjonen som ligger på [Velg behandlingssted](#). Dette innebærer å:

- holde oversikt over ventelisteansvarlige ved helseforetakene
- gi opplæring i bruken av Helsetjenestekatalogen
- oppdatere informasjonen i Helsetjenestekatalogen
-

Ifølge opplysninger fra tjenesten gjennomføres det ikke jevnlig møter med ventelisteansvarlige ved sykehusene i Helse Nord, men tjenesten har jevnlig kontakt med de fleste. Ventelisteansvarlige kontakter tjenesten ved spørsmål eller behov for opplæring i bruk av Helsetjenestekatalogen. Sykehusene rapporterer ventetider i tråd med veilederen, men det kan være noe ulikt hvordan veilederen forstås. Dersom det er store avvik mellom angitt og faktisk ventetid tas det kontakt for gjennomgang av veilederen. Tjenesten overvåker om ventetidene er oppdatert og tar kontakt med ventelisteansvarlig dersom det oppdages avvik.

I følge årsrapport for 2022 har tjenesten én full stilling fordelt på tre deltidsstillinger.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 1,607 mill. kroner.

13.1.2 Egenvurdering

13.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

13.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Informasjonstjenesten Velg behandlingssted har som funksjon å informere befolkningen om rettigheter og ventetider i.f.t den offentlige spesialisthelsetjenesten, i tillegg til alle de andre behandlingsstedene som har avtale med det offentlige på lik linje med tilsvarende funksjon i de øvrige helseregionene. Funksjonen ble i sin tid pålagt regionene. Hvis dette pålegget endres, kan funksjonen avvikles. Det er ikke aktuelt å videreføre funksjonen i en annen form.

13.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

13.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset opplever lite nytte av dette tilbudet. Det oppleves at telefonen gir lite bistand utover å informere om hvor man kan ringe videre for å få problemet løst. Slik tjenesten framstår i dag kan den avvikles.

Det ville vært bedre om man kunne ha etablert et «Regionalt senter for å redusere fristbrudd». Et slikt senter kunne hatt til oppgave å formidle, bistå, gi opplæring og sørge for at alle pasienter får time til rett tid. Ansatte ved et slikt senter kan enkelt ved bruk av HN-LIS hente ut ventetider og til enhver tid ha oversikt over hvor det er kortest ventetid. Dette fordrer ukentlig kontakt med alle fagområder i Helse Nord, og avklaring om eks. overføring av 15 BUP pas. fra et HF til et annet.

13.1.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Godt etablert og pålagt regional funksjon, jf rundskriv I-53/2000. UNN vurderer at tjenesten bør videreføres i sin nåværende form så lenge det er pålegg fra myndighetene om at funksjonen skal være i drift.

Konklusjon: Det er stor mangel på sykepleiere i Helse Nord. Vi foreslår at bemanning og finansiering tilpasses slik at denne bemannes av f.eks. helsesekretær. Ut over det foreslås ingen endringer.

13.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

Vi er usikre på om det er behov for å ha denne tjenesten i Helse Nord. HSYK er ikke kjent med at dette tilbudet benyttes i større grad av klinikkene. Kan avvikles hvis nasjonalt pålegg om å ha en slik tjeneste i hver region opphører.

13.1.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

I hvilken del av helsetjenesten arbeider du?	I hvilket helseforetaksområde arbeider du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller	
--	--	---	--

		samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Allmennlege	Nordlandssykehuset	Synes det er ekstremt vanskelig å komme i kontakt med tjenestene og videreformidle pasienttelefoner osv. til tjenesten. Opplevs dermed veldig utilgjengelig eller forbeholdt de få som på et tidspunkt har fått direkte info. Finner eksempelvis ikke nummer til pasienttelefon for fritt behandlingsvalg. Savner sterkt samlet oversikt med telefonnummer over rådgivnings-, veilednings- og pasienttelefoner som kan benyttes, og som kan henge på alle legekontor.	Pasienttelefon

13.1.4 Prosjektets vurdering

Tjenesten ble etablert i alle regioner i 2001, etter innføring av fritt sykehusvalg som følge av Pasientrettighetsloven § 2-4.

Tjenesten skal være tilgjengelig på telefon for spørsmål fra pasienter ang. ventetider og valg av behandlingssted.

Tjenesten har også oppgaver knyttet til opplæring av ventelisteansvarlige i helseforetakene og for oppdatering av ventetider på Velg behandlingssted. Helsedirektoratet anser det nasjonale nettverket som et viktig bindeledd mellom de regionale svartjenestene og Helsedirektoratet.

Prosjektet vurderer at noen av funksjonene som tjenesten har kan ivaretas på annen måte, f.eks. ved at opplæring gis som e-læring. Det vurderes også at ansvaret for avdekking og oppfølging av avvik, kan ligge hos ventelisteansvarlige i helseforetakene. Det er imidlertid usikkert om disse oppgavene vil bli ivaretatt på samme måte når de fordeles, kontra at de er samlet i denne tjenesten, og om det vil være ressursbesparende. Så lenge pasienttelefonen er en nasjonal ordning organisert i hver region bør den ivaretas slik som nå.

Det gis ingen indikatorer på at finansieringen benyttes til virksomhet utover lønn til ansatte, verken i egenvurderingen eller i tilbakemelding på prosjektets initiale vurdering.

13.1.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres. Siden finansieringen kun går til lønn, bør størrelsen justeres.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

13.2 Regional forbedringsutdanning – Nordlandssykehuset

13.2.1 Historikk og status

Regional forbedringsutdanning (QI Nord) startet i 2018 som et lokalt tilbud, og ble etablert som en regional utdanning i 2020. Utdanningen driftes av den regionale kompetansetjenesten for pasientsikkerhet i samarbeid med avdeling for kontinuerlig forbedring ved UNN.

Formålet med utdanningen er å gi sykehusansatte på alle nivå, kunnskap om hvordan de setter i gang, leder og gjennomfører forbedringsprosjekt og gir forbedringsveiledning, noe som kan gi varige endringer av tjenestene til beste for pasienter, pårørende og medarbeidere.

Siden 2018 har totalt 379 medarbeidere fullført forbedringsutdanningen, med følgende fordeling: NLSH: 198 HSYK:18 SANO: 10 UNN 123 FIN: 22 HN RHF: 8. De tre første kullene ble arrangert kun i Bodø med hovedsakelig deltakelse fra NLSH. Fra kull 4 ble det en regional utdanning. 32 medarbeidere har fullført utdanning som forbedringsveileder og 12 er under utdanning.

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet leder og følger opp arbeidet med QI Nord i samarbeid med UNN. Arbeidet inkluderer ledelse, planlegging, organisering, arrangering og undervisning.

Utdanningen er særskilt finansiert innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*, med 2,083 mill. kroner. Midlene er fordelt på drift av fire kull årlig, og dekker primært kostnader knyttet til gjennomføring av samlinger (tre samlinger per kull, totalt sju dager).

13.2.2 Egenvurdering

13.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

13.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Regional forbedringsutdanning og regional utdanning for forbedringsveileder (ikke regionalt finansiert) er avledet av de lokale forbedringsutdanningene i Nordlandssykehuset. Utdanningene har stor oppslutning i regionen og bidrar til økning i forbedringskompetanse som er nødvendig for å lykkes med kvalitetsforbedringsarbeid. Allerede kan det vises til flere gode kvalitetsforbedringsprosjekter utgående fra utdanningene. Uten regional finansiering vil ikke utdanningene kunne driftes som i dag. Da vil utdanningene enten gå tilbake til å være lokale utdanninger i Nordlandssykehuset, eller så vil det innføres deltakeravgift per deltaker for å kunne opprettholde et regionalt tilbud. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form, men da med de konsekvenser som beskrevet.

13.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

13.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset stiller spørsmål til om vi har behov for Regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet. FIN HF benytter dette tilbudet i liten grad. Tidligere år opplevde FIN HF denne tjenesten som et konstruktivt nettverk, som i stor grad bidro til implementering av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet. Kompetansetjenesten har ansvar for den regionale pasientsikkerhetskonferansen, men kanskje kunne dette vært administrert av regionalt nettverk innen pasientsikkerhet, og på rundgang mellom foretakene. Tilbud om forbedringsutdanning/veilederutdanning har FIN HF bare i liten grad fått benyttet, da dette krever fysisk oppmøte i Tromsø eller Bodø – og genererer store utgifter for oss. FIN HF har ikke fylt sine plasser her, og har blant annet ingen som har deltatt på veilederutdanningen. FIN HF skulle gjerne ønsket at utdanning innen forbedring kunne vært gitt digitalt, med færre fysiske samlinger.

13.2.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

UNN og NLSH har siden 2019 samarbeidet om å gjøre forbedringsutdanningen regional. I 2020-21 har 123 UNN-ansatte gjennomført utdanningen, og med dette 60-70 forbedringsprosjekter. Fra 2021 er det også etablert en regional forbedrings-veilederutdanning.

UNN bidrar vesentlig med ressurser til den regionale forbedringsutdanningen i form av fagansvar for både QI-Nord og forbedrings-veilederutdanningen, og verdsetter et regionalt samarbeid for økt forbedringskunnskap blant helsepersonell og ledere i regionen.

Både UNN og NLSH har per i dag kompetanse til å kjøre egne kurs og støtter således vurderingen til NLSH om at funksjonen kan avvikles i sin eksisterende form. Uten regional finansiering vil ikke utdanningene kunne driftes som i dag. Da vil utdanningene enten gå tilbake til å være lokale utdanninger, eventuelt kan et regionalt tilbud finansieres gjennom en deltakeravgift.

Konklusjon: UNN vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form. Utdanningen kan videre finansieres gjennom deltakeravgift på lik linje med øvrige kurs i Helse Nord.

13.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det tilbys forbedringsutdanning x2 per år (NLSH og UNN). HSYK har årlig 10 plasser. HSYK karer ikke å fylle sin kvote og foreslår derfor at utdannings kapasiteten halveres. Alle HF har over noen år fått denne kompetansen inn i klinikkene.

Videreføres ikke i dagens form. Reduseres til x1 per år i Helse Nord, vekselvis mellom UNN og NLSH.

Tilbakemelding fra funksjonen: Helgelandssykehuset sier de årlig blir tilbydd 10 plasser, det er ikke riktig. De blir tilbydd 10 plasser per kull. Det er lagt opp til to kull per år.

13.2.4 Prosjektets vurdering

Etter fem år med forbedringsutdanning i Helse Nord, har hvert helseforetak flere medarbeidere med kompetanse innen forbedring, som kan veilede og støtte nye medarbeidere som er under utdanning.

Både UNN og Nordlandssykehuset sier i sine egenvurderinger at dersom den særskilte finansieringen tas bort, kan utdanningen finansieres gjennom deltakeravgift.

I [Strategi for for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for Helse Nord RHF 2022-2027](#) er det anbefalt å videreføre forbedrings- og forbedringsveilederutdanningen.

Prosjektet vurderer at utdanningen bør videreføres i regi av UNN og Nordlandssykehuset, men at utgifter for deltakelse dekkes av eget helseforetak. I tråd med vurderingene fra Finnmarkssykehuset bør det vurderes om deler av undervisningen kan gjøres digital.

Nordlandssykehuset er uenig i denne vurderingen.

13.2.5 Prosjektets anbefaling

DISSENS

1. Forbedringsutdanningen videreføres, men den særskilte finansieringen avsluttes. Utgifter for deltakelse dekkes av eget helseforetak. Det bør vurderes om deler av undervisningen kan gjøres digital.
2. Ved å fjerne disse midlene vil svært få utenfor Tromsø og Bodø delta på forbedringsutdanningen fordi det i tillegg til reise/opphold vil måtte bli avkrevd en deltakeravgift på 6000-9000 per deltaker for å dekke utgifter til lokaler, bevertning og forelesere. Nordlandssykehuset mener derfor at regionen vil tape på det, fordi færre vil ta denne utdanning. Dette er også på tvers av Helse Nord's kvalitetsstrategi som nettopp er vedtatt.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

14 Ikke kategoriserte funksjoner

14.1 Dropout – UNN

14.1.1 Historikk og status

Funksjonen ble etablert i 2014 som et nasjonalt prosjekt for å redusere frafall fra behandling. Prosjektet ble avsluttet 2016. Midlene gikk ifølge egenvurderingen inn i rammen og ble omprioritert til andre formål.

Økonomioversikter i Helse Nord RHF viser at UNN har mottatt dette som særskilt finansiering årlig fra 2014 og frem til d.d.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse – *Regionale funksjoner 2*, 146 mill (fra 2014).

14.1.2 Egenvurdering

14.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Dette var et nasjonalt prosjekt for å redusere frafall i behandlingen og ble avsluttet i 2016.

14.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ser at denne funksjonen er avsluttet, og det skrives at finansieringen er overført til rammefinansieringen. Vi håper da at det betyr at dette er overført ikke bare til UNNs ramme, men til alle helseforetakenes ramme.

14.1.3.2 Nordlandssykehuset HF

Denne funksjonen kjente ikke Nordlandssykehuset til at verken var etablert, eller avvirket slik UNN selv beskriver det. Hvis det er slik at UNN fortsatt mottar midler for denne regionale funksjonen, men ikke har aktivitet i funksjonen siden 2016, må midlene tilbakeføres til Helse Nord RHF til bruk for andre formål. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen er avvirket, og midlene derfor tilbakeføres til Helse Nord RHF.

14.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

Som det går fram av egenvurderingen ble dette avsluttet i 2016. Bevilgning på 2,46 mill gikk inn i rammen til UNN og brukt til andre formål der. Bør avvikles, da prosjektet ble avsluttet i 2016. Dette arbeidet bør ligge i hvert HF.

14.1.4 Prosjektets vurdering

Prosjektet ble avsluttet i 2016. Her må det ha vært en svikt i kommunikasjonen mellom UNN og Helse Nord RHF vedrørende avslutning av oppdraget, da UNN har mottatt denne særskilte finansieringen årlig fra 2014 og frem til d.d. Prosjektet stiller spørsmål ved oppfølgingsrutiner i Helse nord RHF på oppdrag som gis.

14.1.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte finansieringen avsluttes.

14.2 Kompetanse nyfødt intensiv – Nordlandssykehuset

14.2.1 Historikk og status

Ordningen ble opprettet i 2014 etter vedtak om å sentralisere behandling av de minste premature (gestasjonsalder < 25+6 uker) til UNN, jf styresakene 47-2013 og 119-2013/4. Tiltaket skal sikre vedlikehold av kompetanse hos leger og sykepleiere på nyfødtintensivavdelingen ved Nordlandssykehuset Bodø, Begrunnelsen for ordningen var at sentralisering av de minste reduserte erfaringsgrunnlaget for høyintensiv behandling, og det var behov for tiltak for å motvirke kompetansetap/vedlikeholde kompetanse.

Det er likevel slik at disse behandlingsprinsippene og prosedyrene er de samme for premature født etter uke 25 og i stor grad også for andre syke nyfødte, og kuvøseteamet henter ofte pasienter hvor denne kompetansen er påkrevd.

Kompetansemidlene har bla. blitt brukt til:

- prosedyrekurs for leger, arrangert i samarbeid med forskningslab ved Nord Universitet og anesthesiavdelingen ved Nordlandssykehuset Bodø
- regelmessig deltakelse på kurs og seminarer, for å tilegne seg ny kunnskap om behandling av pasientgruppen
- hospitering for sykepleiere og leger på større nyfødtintensivavdelinger. Dette bidrar også til å holde kontakt med og skape nettverk i nasjonalt og internasjonalt fagmiljø

For at kuvøseteamet skal kunne videreføre sin hestetjeneste er det helt nødvendig at medlemmene jevnlig trener på akutte situasjoner og prosedyrer og til enhver tid er oppdatert faglig. I følge egenvurderingen bidrar kompetansemidlene til at dette lar seg gjøre.

Det ble gitt en særskilt finansiering som en overgangsordning på kr. 503 000, som ved revidering av inntektsfordelingsmodellen for somatikk i 2018 ble flyttet fra regionale funksjoner i kostnadskomponent til behovskomponenten. Internt fordeles midlene med 300 000 til leger og 200 000 til sykepleiere på nyfødtintensiv.

14.2.2 Egenvurdering

14.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Kompetansemidlene for nyfødtintensiv benyttes for å fortsatt sikre kompetanse for høyspesialisert nyfødtintensivbehandling, etter at de minste premature (gestasjonsalder < 25+6 uker) ble funksjonsdelt til UNN. Bakgrunnen for tildeling av kompetansemidlene er at de minste premature, selv om de er få i antall, står for en stor andel av intensiv- og

respiratordøgnene i en nyfødtintensivavdeling. Ved sentralisering av de minste ble derfor mye av erfaringsgrunnlaget for høyintensiv behandling tatt bort og det var behov for tiltak for å motvirke kompetansetap blant både leger og sykepleiere ved nyfødtintensiv. Funksjonen må derfor også sees i sammenheng med henteteam nyfødte og behovet for kompetanse til transportmedisin av både premature og syke fullbårne barn. Ved bortfall av denne funksjonen vil det få konsekvenser for mulighetene for faglig oppdatering og hospitering ved større sentra nasjonalt/i Norden, og et ev tap av kompetanse vil påvirke både påvirke muligheten for kompetanseheving i avdelingen og for deltakere i henteteamet. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

14.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av Nordlandssykehuset sitt tilbud.

14.2.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Den særskilte regionale finansieringen av denne funksjonen ved Nordlandssykehuset ble opprettet i forbindelse med sentraliseringen av premature født < gestasjonsuke 26 til UNN. Det bemerkes at UNN ikke ble tilført midler i forbindelse med vedtaket. UNN foreslår at den særskilte finansieringen avvikles da slik kompetanseheving bør finansieres av foretakene selv.

Det bemerkes at UNN ikke ble tilført midler i forbindelse med vedtaket. UNN er ikke kjent med at den særskilte finansieringen av denne funksjonen ved Nordlandssykehuset brukes i forbindelse med hospitering til Nyfødt Intensiv ved UNN.

Konklusjon: UNN foreslår at den særskilte finansieringen avvikles da slik kompetanseheving bør finansieres av foretakene selv.

14.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Kuvøseteamet henter syke nyfødte og bidrar i tillegg med å vedlikeholde og øke kompetansen hos helsepersonell i Helgelandssykehuset. Videreføres. Det er helt nødvendig for Helgelandssykehusets syke nyfødte med desentralisert kompetanse i Nordlandssykehuset og tilbud om kuvøseteam.

14.2.4 Prosjektets vurdering

Ordningen er en tildeling av midler kurs, trening og hospitering for sykepleiere og leger, som erstatning for tapt erfaringskompetanse ved at de minste premature (gestasjonsalder < 25+6 uker) ikke lenger behandles ved Nordlandssykehuset Bodø.

Prosjektet vurderer at vedlikehold av kompetanse er det enkelte helseforetaks ansvar og noe som dekkes gjennom basisfinansieringen. Dette er et prinsipp som i de fleste tilfeller bør følges.

Likevel vurderer prosjektet at det er grunnlag for å videreføre den særskilte finansieringen på dette området. Bakgrunnen for at ordningen ble etablert er ikke

endret, og det vurderes som fortsatt nødvendig å gjennomføre særskilte tiltak som hospitering, kurs og trening for å kompensere for lavt erfaringsgrunnlag. Pasientgruppen er i utgangspunktet liten. Selv om de minste utgjør svært få pasienter, representerer de en stor andel liggedøgn⁶ med avansert behandling, som tiltakene kompenserer for.

14.2.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på samme nivå inntil videre. Ny vurdering gjøres ved kommende gjennomgang av organisering av nyfødteintensivtilbudet i regionen.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

⁶ I styresak 119-2013/4 anslått til ca. 35% av liggedøgnene

14.3 Kropp og selvfølelse – kompetanseprogram – UNN

14.3.1 Historikk og status

I tråd med opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2006) ble det fra Helsedirektoratet bevilget midler til kompetanseprogrammet om spiseforstyrrelser - Kropp og Selvfølelse. Det var et mål å etablere programmer i alle landets helseregioner og i helseregion Nord ble det etablert som et prosjekt i 2001, forankret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

I Oppdragsdokument 2009 fra HOD til Helse Nord punkt 3.3.7 (styresak 40/2009), ble Helse Nord RHF pålagt å «finansiere og videreutvikle kompetanseprogrammet kropp og selvfølelse som et ledd i å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser». Prosjektet hadde tidligere vært finansiert og styrt av Helsedirektoratet. Det ble besluttet å videreføre prosjektet etter samme mal i 2009 med finansiering på 1 mill kroner med ubrukte opptrappingsplanmidler. Fra 2010 ble oppgaven overført til den regionale enheten for spiseforstyrrelser for barn og unge under 18 år som er etablert ved UNN.

Programmet har som hovedmål å bidra til økt kompetanse blant helsepersonell om behandling av spiseforstyrrelser i hele regionen og spesielt innenfor spesialisthelsetjenesten.

Kompetanseprogrammet startet ut i 2001 med 17 kursdager og 50 timer veiledning, senere 11 kursdager og 50 timer veiledning som så ble endret til ulike kurs for å øke behandlingskompetansen på anbefalte terapiformer, jfr. nasjonale retningslinjer.

I 2023 arrangeres en CBT-E (Kognitiv terapi for spiseforstyrrelser) som består av 3 x 2 kursdager (inkludert veiledning) og tilsammen 28 timer veiledning.

I programmets levetid har i overkant av 800 deltakere gjennomført kompetanseprogram i regi av Kropp og Selvfølelse i Nord-Norge.

Både fra spesialisthelsetjenesten i Norge og internasjonalt meldes om en sterk økning i antall henvendelser vedrørende pasienter med spiseforstyrrelser. Pasientene er yngre og sykere enn før. Spiseforstyrrelser hos barn og unge fremheves i Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding som en av de største utfordringene nå og i tiden fremover når det gjelder folkehelse gjennom livsløpet, og kompetansebehovet er stort.

Nettverkskoordinator innen voksen (NLSH) inngår i arbeidsgruppe med nettverkskoordinator (UNN) og studieleder for å sikre at opplæring ivaretar behovene innenfor både barn- og voksenfeltet.

Det jobbes med e-læringsprogram som skal tilgjengeliggjøres for regionen høsten 2023.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for psykisk helse: 1,562 mill kroner

14.3.2 Egenvurdering

14.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.3.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Dette er en svært viktig funksjon opprettet nasjonalt i 2001. Behovet er forsterket som følge av den store økningen i barn og unge med spiseforstyrrelser etter pandemien.

14.3.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.3.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset har hatt gode erfaringer med dette kompetanseprogrammet og ser gjerne at det videreføres.

14.3.3.2 Nordlandssykehuset HF

Kompetanseprogrammet kropp og selvfølelse ble etablert allerede i 2001 og har hatt som målsetning å øke kompetansen til helsepersonell i helse regionen, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten. Den regionale funksjonen er lagt til RSS ved UNN. I Nordlandssykehuset er denne funksjonen kjent i BUP, men også kun der. Det foreligger ikke data på hvor mange utenfor UNN sitt nedslagsfelt som benytter funksjonen, for å vurdere om dette er en reell regional funksjon. Noen medarbeidere i Nordlandssykehuset har gjennom årene deltatt på kursene som arrangeres av tjenesten, men med utvikling av egne utdanningsprogram har behovet avtatt. Vi er derfor usikre på om det er behov for å videreføre kompetanseprogrammet som en regional funksjon. Nordlandssykehuset vurderer at det bør vurderes om funksjonen er en reell regional funksjon, og hvis ikke anbefales det avvikling av funksjonen i sin nåværende form.

14.3.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK mener at denne tjenesten bør sees i sammenheng med fase-1-tjenesten Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge UNN. Helsepersonell i HSYK som har deltatt på kurs i regi av kompetansprogrammet gir god tilbakemelding.

HSYK foreslår at fagenhet for spiseforstyrrelser ved UNN ser på om de har sammenfattende oppgaver med kropp og selvfølelse og vurderer mulige synergier.

Videreføres ikke i dagens form.

14.3.4 Prosjektets vurdering

«Kropp og selvfølelse» er et relativt omfattende utdanningsprogram som er etablert som prosjekt av Helsedirektoratet i alle regionale helseforetak for å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser. Prosjektet vurderer at dette kompetanseprogrammet er en del av behandlingstjenesten Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge – UNN.

Tjenesten har eksistert i over 20 år. Ca 800 personer har tatt utdanningen. Det foreligger ikke konkrete data på hvilket område av regionen de som har gjennomført kurset kommer fra, men vedlagt [oversikt over kurs i 2023](#) viser at 50% av deltakerne kommer fra helseforetak utenfor UNNs nedslagsfelt. Kurs og veiledning kan tilbys gjennom digitale løsninger, noe som gjør tilgjengeligheten høy uavhengig av bosted i landsdelen.

Kvaliteten på programmet vurderes av deltakere som god. Helgelandssykehuset er utydlig i sine anbefalinger. Nordlandssykehuset har laget sitt eget program, noe som har gjort at deres behov for tjenesten har avtatt. Prosjektet stiller spørsmål ved om programmet i Nordlandssykehuset er et kostnadseffektivt tiltak når det gjelder en slik tjeneste.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

14.4 LIS-stilling anestesi – UNN

14.4.1 Historikk og status

Det er vanskelig å finne formell dokumentasjon og beslutning vedrørende tildeling av særskilte midler til én LIS-stilling anestesi ved hhv UNN og Nordlandssykehuset fra 2017. Tildelingen av midler kan spores til styresak 79/2016 – justering av budsjett.

Bakgrunnen for tildeling av midler til opprettelsen av LIS stillingen var økt behov for vaktberedskap i forbindelse med etableringen av vaktfunksjon ved redningshelikopterbasen i Longyearbyen (muntlig informasjon). Som følge av etableringen ble det et økt behov for anestesileger. Stillingene ble tildelt UNN og Nordlandssykehuset da disse foretakene ivaretar beredskap for henholdsvis hele Nordland og Troms og Finnmark. Midlene har vært brukt til å ha en ekstra LIS stilling i hhv. Tromsø og Bodø, som også har bidratt til økt utdanningskapasitet innenfor anesthesiologi.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,384 mill kroner.

14.4.2 Egenvurdering

14.4.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

14.4.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

De regionale funksjonene LIS anestesi startet i 2017 som direktebevilgning (økt driftsramme) tilsvarende en LIS-stilling anestesi ved Nordlandssykehuset og tre LIS-stillinger anestesi ved UNN HF (HN ref: 2017/150-5/004). Bevilgningen ble gjort som en følge av etablering av anestesileger i vakt ved redningshelikopterbasen i Longyearbyen, og som en følge av dette et økt behov for anestesileger i regionen. Hverken ved Nordlandssykehuset eller UNN er det gitt et spesifikt mandat for å fremskrive behov, og tilpasse utdanningstakt i regionen.

Jfr. Spesialistforskriften §4, første ledd pkt a), skal regionen sørge for at det er tilstrekkelig med stillinger for å sikre nødvendig tilgang på spesialister. Dette er også i tråd med Regional handlingsplan 2020-2024 «rekruttering og stabilisering». En rekke spesialiteter har utfordringer med rekruttering til sitt fagområde (f.eks. barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, onkologi og radiologi), og det kan vurderes en felles tilnærming til dette. Vi foreslår at en regional funksjon for kartlegging og framskrivning av regionens behov for spesialister legges til REGUT (dette er i dag ikke en del av deres mandat).

Problemstillingen er spesielt viktig for anesthesiologi, hvor flere helikopterbaser er etablert i regionen over de siste årene og forventet turnover og avganger blant landsdelens anesthesiologer. Dersom utdanningstakten av anesthesiologer ikke tilpasses det fremtidige behovet i nær fremtid, vil regionen stå med en kritisk underdekning av egne anesthesiologer til å sikre de pre- og intrahospitale tjenestene.

Konklusjon: Det er et stort fremtidig behov for anestesileger i Helse Nord. Særskilt finansiering er nødvendig, men dagens form sikrer ikke tilstrekkelig økt utdanningsvolum på LIS anestesi. UNN foreslår fortsatt særskilt finansiering av LIS anestesi for Nordlandssykehuset og UNN, men med innspill til dagens form som beskrevet over. I tillegg til at særskilt finansiering bør videreføres, må det vurderes å øke denne allerede nå for å ha mulighet til å dekke regionens behov for anestesileger på kort og lang sikt.

En rekke spesialiteter har utfordringer med rekruttering til sitt fagområde (f.eks. barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, onkologi og radiologi). Kan det vurderes en felles tilnærming til dette?

14.4.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.4.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset mener at en slik LIS-stilling bør finansieres av helseforetaket som eier stillingen, i dette tilfellet UNN.

14.4.3.2 Nordlandssykehuset HF

For Nordlandssykehuset er det viktig at funksjonene LIS-stilling anestesi UNN og LIS-stilling anestesi i Nordlandssykehuset vurderes likt. Som vi skrev i vurderingen av tilsvarende funksjon hos oss, ble disse to stillingene opprettet med bakgrunn i et økende behov for dekke vaktfunksjoner i ulike beredskapsteam og ulike former for prehospitale lufttransporttjenester. Ved ev avvikling av funksjonen må UNN vurdere om de skal redusere antallet LIS stillinger på anestesi eller om de selv skal finansiere en slik stilling. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form, med de konsekvenser som beskrevet

14.4.3.3 Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset har ingen nytte av ekstra finansierte LIS stillinger anestesi ved UNN og Nordlandssykehuset. Vi forstår ikke hvorfor disse finansieres særskilt. Utdanning ligger også i kostnadskomponenten i den regionale inntektsfordelingsmodellen. Både UNN og Nordlandssykehuset må ta ansvar for gjennomstrømnings-stillinger for å få godkjent alle læringsmål i spesialistutdanningen.

Videreføres ikke i dagens form.

14.4.4 Prosjektets vurdering

Særskilt finansiering av én stilling til LIS-lege anestesi i hhv UNN og Nordlandssykehuset ble begrunnet med økt utdanningsbehov. Helse Nord har mange sårbare spesialiteter og

fagmiljø som har økt utdanningsbehov for stabilisering og rekruttering. Prosjektet finner det ikke riktig eller hensiktsmessig at bare en av disse spesialitetene gis en særstilling med regional finansiering av LIS-stillinger. Finansiering av utdanningsstillinger bør inngå i sykehusenes rammefinansiering.

14.4.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte regionale finansieringen avsluttes fra og med 2024.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

14.5 LIS-stilling anestesi – Nordlandssykehuset

14.5.1 Historikk og status

Det er vanskelig å finne formell dokumentasjon og beslutning vedrørende tildeling av særskilte midler til én LIS-stilling anestesi ved hhv UNN og Nordlandssykehuset fra 2017. Tildelingen av midler kan spores til styresak 72/2016 – budsjett uten kommentar.

Bakgrunnen for tildeling av midler til opprettelsen av LIS stillingen var økt behov for vaktberedskap i forbindelse med etableringen av vaktfunksjon ved redningshelikopterbasen i Longyearbyen (muntlig informasjon). Som følge av etableringen ble det et økt behov for anestesileger. Stillingene ble tildelt UNN og Nordlandssykehuset da disse foretakene ivaretar beredskap for henholdsvis hele Nordland og Troms og Finnmark. Midlene har vært brukt til å ha en ekstra LIS stilling i hhv. Tromsø og Bodø, som også har bidratt til økt utdanningskapasitet innenfor anesthesiologi.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,384 mill kroner.

14.5.2 Egenvurdering

14.5.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.5.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

LIS-stilling anestesi ble opprettet for å imøtekomme kravene til at anestesileger skal betjene mange vaktfunksjoner (i sykehuset, luftambulanse, ambulanshelikopter, 330-skvadron, NOR-EMT team og nå også ResceEU team). Midlene benyttes til å ha en ekstra LIS stilling innenfor fagområdet anestesi for å sikre utdanningskapasiteten. Funksjonen kan ikke ha en annen form, enn i dag. Ved en ev avvikling av funksjonen hvor finansieringen opphører, vil Nordlandssykehuset gjøre en vurdering av om vi må redusere med 1 LIS stilling anestesi. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form, med de konsekvenser som beskrevet.

14.5.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.5.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset mener at en slik LIS-stilling bør finansieres av helseforetaket som eier stillingen, i dette tilfellet Nordlandssykehuset.

14.5.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

De regionale funksjonene LIS anestesi startet i 2017 som direktebevilgning (økt driftsramme) tilsvarende en LIS-stilling anestesi ved Nordlandssykehuset og tre LIS-stillinger anestesi ved UNN (HN ref: 2017/150-5/004). Bevilgningen ble gjort som en følge av etablering av anestesileger i vakt ved redningshelikopterbasen i Longyearbyen, og som en følge av dette et økt behov for anestesileger i regionen. Hverken ved Nordlandssykehuset eller UNN er det gitt et spesifikt mandat for å fremskrive behov, og tilpasse utdanningstakt i regionen.

Jfr. Spesialistforskriften §4, første ledd pkt a), skal regionen sørge for at det er tilstrekkelig med stillinger for å sikre nødvendig tilgang på spesialister. Dette er også i tråd med Regional handlingsplan 2020-2024 «rekruttering og stabilisering». En rekke spesialiteter har utfordringer med rekruttering til sitt fagområde (f.eks. barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, onkologi og radiologi), og det kan vurderes en felles tilnærming til dette. Vi foreslår at en regional funksjon for kartlegging og framskriving av regionens behov for spesialister legges til REGUT (dette er i dag ikke en del av deres mandat).

Problemstillingen er spesielt viktig for anesthesiologi, hvor flere helikopterbaser er etablert i regionen over de siste årene og forventet turnover og avganger blant landsdelens anesthesiologer. Dersom utdanningstakten av anesthesiologer ikke tilpasses det fremtidige behovet i nær fremtid, vil regionen stå med en kritisk underdekning av egne anesthesiologer til å sikre de pre- og intrahospitale tjenestene.

Konklusjon: Det er et stort fremtidig behov for anestesileger i Helse Nord. Særskilt finansiering er nødvendig, men dagens form sikrer ikke tilstrekkelig økt utdanningsvolum på LIS anestesi. UNN foreslår fortsatt særskilt finansiering av LIS anestesi for Nordlandssykehuset og UNN, men med innspill til dagens form som beskrevet over. I tillegg til at særskilt finansiering bør videreføres, må det vurderes å øke denne allerede nå for å ha mulighet til å dekke regionens behov for anestesileger på kort og lang sikt.

En rekke spesialiteter har utfordringer med rekruttering til sitt fagområde (f.eks. barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, onkologi og radiologi). Kan det vurderes en felles tilnærming til dette?

14.5.3.3 Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset har ingen nytte av ekstra finansierte LIS stillinger anestesi ved UNN og Nordlandssykehuset. Vi forstår ikke hvorfor disse finansieres særskilt.

Utdanning ligger også i kostnadskomponenten i den regionale inntektsfordelingsmodellen Både UNN og NLSH må ta ansvar for gjennomstrømningsstillinger for å få godkjent alle læringsmål i spesialistutdanningen.

Videreføres ikke i dagens form.

14.5.4 Prosjektets vurdering

Særskilt finansiering av én stilling til LIS-lege anestesi i hhv UNN og Nordlandssykehuset ble begrunnet med økt utdanningsbehov. Helse Nord har mange sårbare spesialiteter og fagmiljø som har økt utdanningsbehov for stabilisering og rekruttering. Prosjektet finner det ikke riktig eller hensiktsmessig at bare en av disse spesialitetene gis en særstilling med regional finansiering av LIS-stillinger. Finansiering av utdanningsstillinger bør inngå i sykehusenes rammefinansiering.

14.5.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte regionale finansieringen avsluttes fra og med 2024.

14.6 Mammografitilbud (ambulant screening)- UNN

14.6.1 Historikk og status

Mammografitjenesten i UNN ble etablert i år 2000.

Grunnlaget for særskilt tilleggsfinansiering av dette tilbudet i 2010, er dokumentert i styresak 99-2009 der UNN og NLSH tildeles 1 mill. kr hver for å gi et mammografitilbud til pasienter fra henholdsvis Finnmark og Helgeland.

I følge [internettsiden](#) til Brystdiagnostisk senter i UNN, får kvinner som bor i Tromsø, Karlsøy og Balsfjord kommune tilbud om mammografiscreening i Tromsø. Kvinner som bor i Sør-Troms og nordre Nordland får tilbud om mammografiscreening ved UNN Narvik eller UNN Harstad. Kvinner som bor ellers i Troms og Finnmark inviteres til mammografibussen som kommer på besøk annet hvert år.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,249 mill kr.

14.6.2 Egenvurdering

14.6.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.6.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Nødvendig funksjon.

14.6.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.6.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset vil ikke klare å organisere dette tilbudet i egen regi, vi vil ikke ha radiolog-tjenester som kan betjene denne funksjonen. Vi ønsker derfor at dette tilbudet fortsatt organiseres i regional regi.

14.6.3.2 Nordlandssykehuset HF

Mammografitilbudet ved UNN er et behandlingstilbud som dekker behovet for denne tjenesten for UNN og Finnmarkssykehusets nedslagsfelt, tilsvarende Nordlandssykehusets mammografitilbud som dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Begge mammografisentrene er en del av det nasjonale mammografiprogrammet og en avgjørende del av tjenestetilbudet for utredning av sykdom i bryst, inkludert hovedgruppen kreft, i tråd med myndighetenes anbefalinger. Vi ser det som viktig at mammografitilbudet ved de to brystdiagnostiske sentrene i regionene vurderes likt med bakgrunn i samme formål og funksjon.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

14.6.3.3 Helgelandssykehuset HF

Tjenester som dekker opp for Finnmarkssykehuset. Videreføres i dagens form.

Finansiering må avklares når regional tjeneste dekkes av 2 HF-er.

14.6.4 Prosjektets vurdering

Ved oppstart av prosjektet for gjennomgang av regionale tjenester, hersket det uklarhet rundt begrunnelsen for særskilt finansiering fra 2010 av mammografitjenesten ved UNN. Dette har medført at UNN og øvrige interessenter har gjort en vurdering av mammografitjenesten ved UNN som helhet. Prosjektet burde med bakgrunn av bevilget beløp, sett at dette måtte være en finansiering knyttet til noe spesifikt regionalt. Dokumentasjon i styresak tyder på at finansieringen er gitt for å tilby kvinner i Finnmarkssykehusets nedslagsområde en enklere tilgang til screeningsprogrammet, et oppdrag som ivaretas av UNN.

14.6.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

14.7 Mammografitilbud (ambulant screening) – Nordlandssykehuset

14.7.1 Historikk og status

Mammografitjenesten i Nordlandssykehuset ble etablert i år 2000. Grunnlaget for særskilt tilleggsfinansiering av dette tilbudet i 2010, er dokumentert i styresak 99-2009 der UNN og NLSH tildeles 1 mill. kr hver for å gi et mammografitilbud til pasienter fra henholdsvis Finnmark og Helgeland.

Alle Saltenkommuner inviteres til [Brystdiagnostisk senter](#) ved Nordlandssykehuset, mens resterende kommuner i Nordland blir invitert til mammografibussen. Bussen kommer til Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen, Brønnøysund, Værøy, Røst, Leknes, Svolvær, Andøya, Sortland og Innhøvet.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,270 mill kr.

14.7.2 Egenvurdering

14.7.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.7.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Mammografitjenesten ved brystdiagnostisk senter i Nordlandssykehuset er en del av det nasjonale mammografiprogrammet og en avgjørende del av tjenestetilbudet for utredning av sykdom i bryst, inkludert hovedgruppen kreft. Funksjonen har god kvalitet på sine tjenester og dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Funksjonen er blant annet avgjørende for gjennomføringen av brystkreftpakkeforløp i tråd med nasjonale myndigheters føringer og en ev endring/avvikling v funksjonen vil få store konsekvenser for denne pasientgruppen. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

14.7.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.7.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av dette tilbudet.

14.7.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Mammografitilbudet ved NLSH utgjør ett av to Brystdiagnostiske sentre i regionen, hvorav det andre er lokalisert til UNN. For å sikre befolkningen i Helse nord et forsvarlig tilbud om brystdiagnostiske undersøkelser bør begge sentre videreføres i sin nåværende form.

UNN har per i dag ikke kapasitet til å dekke behovet for alle pasientene i Nordland dersom tilbudet ved Brystdiagnostisk senter ved NLSH avvikles. UNN vurderer at funksjonen bør opprettholdes i nåværende form.

14.7.3.3 Helgelandssykehuset HF

Tjenester som dekker opp for Helgelandssykehuset. Videreføres i dagens form.

Finansiering må avklares når regional tjeneste dekkes av 2 HF-er.

14.7.4 Prosjektets vurdering

Ved oppstart av prosjektet for gjennomgang av regionale tjenester hersket det uklarhet rundt begrunnelsen for særskilt finansiering av mammografitjenesten ved Nordlandssykehuset fra 2010. Dette har medført at Nordlandssykehuset og øvrige interessenter har gjort en vurdering av mammografitjenesten ved Nordlandssykehuset som helhet. Prosjektet burde med bakgrunn av bevilget beløp, sett at dette måtte være en finansiering knyttet til noe spesifikt regionalt. Dokumentasjon i styresak tyder på at finansieringen er gitt for å tilby kvinner i Helgelandssykehusets nedslagsområde en enklere tilgang til screeningsprogrammet, noe som ivaretas av Nordlandssykehuset.

14.7.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

14.8 Nukleærmedisin (takstjustering) – UNN

14.8.1 Historikk og status

Tradisjonelle nukleærmedisinske undersøkelser har vært gjennomført ved UNN i en årrekke og fra 2010 har det vært utført PET-undersøkelser ved helseforetaket.

Den særskilte finansieringen som tildeles Nukleærmedisin UNN, skriver seg tilbake til 2015 og har sitt grunnlag i [Statsbudsjettet for 2015](#) som omtaler omlegging av finansieringsordningen for radiologi (side 94). På bakgrunn av dette har styret for Helse Nord RHF gjort følgende beslutning i sak 110/2015:

«Nukleærmedisinske undersøkelser inngår i den polikliniske finansieringsordningen for radiologi. Basisrammen økes med 4,6 mill. kroner i forbindelse med omlegging av finansiering av radiofarmakum (radioaktivt sporstoff som anvendes i undersøkelsen). Bevilgningen fordeles mellom UNN HF og NLSH HF etter størrelse.»

I rapport vedrørende revidering av inntektsmodellen for somatikk (styresak 83-2018), foreslår prosjektgruppen at eventuelle endringer av dagens finansieringsmodell for laboratoriemedisin, utsettes i påvente av aktivitetsdata.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 3,264 mill kroner.

14.8.2 Egenvurdering

14.8.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.8.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Nødvendig funksjon for å ivareta diagnostikk og (presisjons)behandling av kreftsykdommer i Helse Nord.

14.8.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.8.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ønsker at dagens tilbud innen nukleærmedisin videreføres på UNN i dagens form.

14.8.3.2 Nordlandssykehuset HF

Nukleærmedisin ved UNN er koblet til PET-senteret ved UNN, som er det eneste PET-tilbudet i regionen. Fagmiljøet ved UNN har et tett og godt samarbeid med tilsvarende fagmiljø i Nordlandssykehuset. Funksjonen er nødvendig for å ivareta forsvarlig diagnostikk og deler av behandlingen hos kreftpasienter i regionen, men også viktig for

den framtidige utviklingen av fagområdet presisjonsmedisin. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

14.8.3.3 Helgelandssykehuset HF

Nukleærmedisin ved UNN dekker mer enn NLSH siden PET-scan bare drives ved UNN-Tromsø. Vi ser ikke behov for desentralisering av tjenesten da det ikke er volum til nukleærmedisin ved FIN og HSYK. Videreføres i dagens form. Viktig med avklaring av finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

14.8.4 Prosjektets vurdering

Ved oppstart av prosjektet for gjennomgang av regionale tjenester hersket det uklarhet rundt begrunnelsen for særskilt finansiering av nukleærmedisin ved UNN fra 2015. Dette har medført at UNN i sin egen vurdering har omtalt PET-tjenesten ved UNN, og øvrige interessenter har da basert sine vurderinger på dette.

Dokumentasjon for den særskilte finansieringen viser etter nøyere etterforskning at denne er gitt på bakgrunn av en sentral omlegging av finansieringsordningen for radiologi i 2015 og gjelder refusjon for diagnostisk radiofarmaka, ikke terapeutisk radiofarmaka som benyttes av PET-tjenesten. Det er ikke gjort endringer i Helse Nords finansieringsmodell for laboratorietjenester etter dette.

14.8.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte finansieringen videreføres på dagens nivå. Ved neste revidering av finansieringsmodellen for somatikk, må finansiering av laboratorietjenester gjennomgås.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

14.9 Nukleærmedisin (takstjustering)- Nordlandssykehuset

14.9.1 Historikk og status

Tjenesten har vært en del av tjenestetilbudet ved Nordlandssykehuset fra 1980.

Den særskilte finansieringen som tildeles Nukleærmedisin ved Nordlandssykehuset, skriver seg tilbake til 2015 og har sitt grunnlag i [Statsbudsjettet for 2015](#) som omtaler omlegging av finansieringsordningen for radiologi (side 94). På bakgrunn av dette har styret for Helse Nord RHF gjort følgende beslutning i sak 110/2015:

«Nukleærmedisinske undersøkelser inngår i den polikliniske finansieringsordningen for radiologi. Basisrammen økes med 4,6 mill. kroner i forbindelse med omlegging av finansiering av radiofarmakum (radioaktivt sporstoff som anvendes i undersøkelsen). Bevilgningen fordeles mellom UNN HF og NLSH HF etter størrelse.»

I rapport vedrørende revidering av inntektsmodellen (styresak 83-2018), foreslår prosjektgruppen at eventuelle endringer av dagens laboratoriemodell utsettes i påvente av aktivitetsdata.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,785 mill kroner.

14.9.2 Egenvurdering

14.9.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.9.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Nukleærmedisin er en behandlingstjeneste som utfører diagnostikk som en del av «sørge for ansvaret» til Helse Nord RHF for pasienter i Nordland. Funksjonen dekker en viktig del av tjenestetilbudet i Nordlandssykehuset, og som med utvikling av teknologi og persontilpasset medisin vil bli enda viktigere framover. En endring/avvikling av funksjonen vil få store konsekvenser for utredning og oppfølging av behandling hos kreftpasienter. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

14.9.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.9.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av tilbudet ved NLSH.

14.9.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Nukleærmedisin ved Nordlandssykehuset gjennomfører ca 1100 undersøkelser i året og bidrar med det vesentlig til det nukleærmedisinske diagnostiske tilbudet i regionen.

Vi anbefaler at virksomheten opprettholdes på dagens nivå med tradisjonelle nukleærmedisinske undersøkelser, noe som medfører kortere reisevei for de pasienter som tilhører opptaksområdet til Nordlandssykehuset/Helgelandssykehuset.

UNN vurderer at Nukleærmedisin ved NLSH bør videreføres i sin nåværende form.

14.9.3.3 Helgelandssykehuset HF

Nukleærmedisin ved UNN dekker mer enn NLSH siden PET-scan bare drives ved UNN-Tromsø. Vi ser ikke behov for desentralisering av tjenesten da det ikke er volum til nukleærmedisin ved FIN og HSYK. Videreføres i dagens form.

Viktig med avklaring av finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

14.9.4 Prosjektets vurdering

Ved oppstart av prosjektet for gjennomgang av regionale tjenester hersket det uklarhet rundt begrunnelsen for særskilt finansiering av nukleærmedisin ved Nordlandssykehuset fra 2015. Dette har medført at Nordlandssykehuset og øvrige interessenter har gjort en vurdering av nukleærmedisinsk tjeneste ved Nordlandssykehuset som helhet.

Dokumentasjon for den særskilte finansieringen viser etter nøyere etterforskning at denne er gitt på bakgrunn av en sentral omlegging av finansieringsordningen for radiologi i 2015 og gjelder refusjon for radiofarmaka. Det er ikke gjort endringer i Helse Nords finansieringsmodell for laboratorietjenester etter dette.

14.9.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte finansieringen videreføres på dagens nivå. Ved neste revidering av finansieringsmodellen for somatikk må finansiering av laboratorietjenester gjennomgås.

14.10 Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) – UNN

14.10.1 Historikk og status

Det regionale helseforetaket skal ifølge Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten påse at nødvendige tjenester innen smittevern etableres i helseinstitusjonene (§ 3-1), og en lege skal ha ansvaret for å koordinere smittevernet innen institusjonen (§ 2-3).

I Nordlands- og Helgelandssykehuset er smittevernoverlegen organisert i seksjon for smittevern, Fagavdelingen. I UNN er smittevernoverlegen ansatt i Medisinsk klinikk, avdeling for Mikrobiologi og smittevern. Smittevernoverlegen for Finnmarkssykehuset er ansatt i KORSN, UNN, hvorfra ansvaret for Finnmark ivaretas. Smittevernarbeid fordrer langsiktighet og det har vist seg vanskelig å rekruttere smittevernoverleger til helseforetak/sykehus i Helse Nord. Finnmarkssykehuset har ikke klart å få søkere på utlyst stilling med lokalisasjon Hammerfest eller Kirkenes.

Stilling for Rådgivende smittevernlege ved Finnmarkssykehuset, underlagt KORSN, ble utprøvd i et prosjekt i perioden 2014-2016. I styresak 14/271 der Smittevernplan 2016-2020 ble vedtatt, er ett av tiltakene å sørge for at «Prosjektstillingen for rådgivende smittevernoverlege ved Finnmarkssykehuset videreføres som varig ordning fra 2017» (Smittevernplanen, pkt 4.4.1). Organiseringen av stillingen ansees derfor som permanent.

Helse Nord RHF tilbød (2014) også Helgelandssykehuset en stilling som rådgivende smittevernoverlege, lokalisert og organisert i Bodø, med samme tanke om å sikre smittevern faglig legekompentanse forankret i et godt fagmiljø til et lite sykehus. Dette ville også ha styrket infeksjonsmedisin/mikrobiologi/smittevernmiljøet i NLSH. HSYK valgte å ikke ta imot dette tilbudet. Gjennom pandemien var Helgelandssykehuset uten smittevernoverlege.

I følge KORSN, bidrar stillingen som rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset til stabilitet i KORSN, noe som igjen kommer andre helseforetak i Helse Nord til gode. Gjennom pandemien var bare en av de to overlegestillinger ved KORSN besatt med jobbgliding mellom funksjonene. KORSN ville vært svært sårbar dersom stillingen som rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset ikke hadde vært.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner* 2,290 mill NOK

14.10.2 Egenvurdering

14.10.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

Beskrevet og egenvurdert under Kompetansesenter i smittevern Helse Nord KORSN, UNN.

14.10.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Smittevernoverlege i Finnmarkssykehuset er svært viktig og lovpålagt. Øvrige smittevernoverleger er finansiert av hvert helseforetak. Hvorvidt dette som eneste smittevernoverlege skal finansieres særskilt av Helse Nord RHF kan diskuteres.

14.10.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.10.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehusets smittevernstilling ble i sin tid etablert ved KORSN ved UNN-Tromsø av flere grunner. Én grunn var at det var vanskelig å rekruttere til en slik stilling i Finnmark uten at stillingen var etablert i et relevant fagmiljø. En annen grunn var at denne stillingen derved bidrar inn i KORSN-miljøet som en grasrot-stilling som er i tett dialog med hele Finnmarkssykehuset og tiliggende kommuner, og derved bidrar med kunnskap og erfaring inn i KORSN sitt smittevernmiljø. Vedkommende har sørget for at erfaring fra både flyktningsstrømmen over Storskog i 2015 og også de heftige pandemi-effektene ved Hammerfest sykehus i 2020-21 er formidlet inn til senteret. Stillingen sikrer således jording/forankring fra senteret ut mot den mest perifere delen av landet. Stillingen styrker også KORSN slik at senteret har en ekstra stilling der når det er størst pågang av arbeidsoppgaver, slik som ved en pandemi. Finnmarkssykehuset mener derfor at det er objektive grunner for at stillingen bør videreføres som en regional stilling.

14.10.3.2 Nordlandssykehuset HF

Alle helseforetakene har et lovpålagt krav om å ha smittevernoverlege, også Finnmarkssykehuset. Til forskjell dekker de øvrige foretakene i regionen denne funksjonen gjennom egne budsjett.

Nordlandssykehuset anbefaler at funksjonen smittevernoverlege i Finnmark videreføres som en lokal funksjon, slik at den regionale finansieringen av denne stillingen opphører.

14.10.3.3 Helgelandssykehuset HF

Egen særskilt finansiering av smittevernoverlege FIN bør opphøre. Videreføres ikke.

14.10.4 Prosjektets vurdering

Rådgivende smittevernoverlege ved Finnmarkssykehuset har sitt primære arbeidssted i Kompetansesenter i smittevern (KORSN). KORSN formidler at overlegen, via sin tette kontakt med Finnmarkssykehuset og tilknyttede kommuner, bidrar med lokalsykehusdimensjonen inn i senteret slik at miljøet der holder seg informert om hvor smitte-skoen trykker i de mindre sykehusene i regionen (og i kommunene). Stillingen bidrar til stabilitet i senteret som kun har én lege tilsatt (100%) utover smittevernoverlegen for Finnmark. Dette mener KORSN kommer andre helseforetak i Helse Nord til gode. Utfra et slikt perspektiv kunne det være rimelig at noe av finansieringen ble tildelt fra særskilte regionale midler. Dette er imidlertid en løsning

som prosjektgruppen som helhet ikke kan stille seg bak, da øvrige helseforetak finansierer egne hele stillinger for smittevernoverleger.

Representant for Finnmarkssykehuset tar dissens i saken og mener at en 50-50-fiansiering mellom Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset er en god og rettferdig ordning. Dette begrunnes som følger ([hele begrunnelsen](#)):

For at en slik stilling skal være faglig rekrutterende må stillingen være tett knyttet opp mot et fagmiljø for smittevern. Da stillingen i sin tid ble etablert ble den lagt til KORSN i Tromsø, noe som har vært en suksessfaktor. Under siste utlysning ble det gitt mulighet for å søke på en slik stilling med lokalisasjon Hammerfest eller Kirkenes, men FIN fikk ingen søkere med ønske om de lokalisasjonene. Søkeren som fikk jobben (og som står i stillingen i dag) satte som forutsetning tilknytning til KORSN. Faglig samling av funksjoner for å holde fokus på kvalitet og attraktive arbeidsplasser er i tråd med Helse Nords overordnede strategi.

Stillingen som rådgivende smittevernlege i FIN har en viktig rolle for KORSN og derved hele Helse Nord-regionen på flg vis:

- Stillingen er godt forankret inn mot smittevernarbeid på golvet gjennom sitt nære og tette samarbeid med hygienesykepleierne i Finnmarkssykehuset (tre som jobber sykehusinternt og én som har samarbeidsrolle ut mot kommunene).
- Stillingen bidrar aktivt med innspill fra regionens småsykehus og regionens mest grisgrendte periferi, noe som gir viktig kompetanse
- Stillingen bidrar aktivt inn i KORSNs fagmiljø og styrker dette og bidrar til mindre sårbarhet under arbeidstopper eller ved fravær (overlegepermisjon, ferie, sykdom osv). *Eksempel:* Under pandemien var først stillingen som regional smittevernoverlege vakant i 6 måneder, hvoretter stillingen som rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset sto vakant fra oktober 2020 til mars 2022. Det var en stor styrke for både Finnmarkssykehuset og Helse Nord at det tross alt var to legestillinger tilknyttet KORSN, slik at både regionen og FIN fikk legestøtte på tross av ubesatt stilling.
- KORSN samordner smittevernet i regionen bl a. gjennom samarbeidsutvalg for smittevern i Helse Nord, og ved å bidra i RHF'ets arbeid med å utarbeide smittevernstrategi og i beredskapsarbeid. To legestillinger ved KORSN trykker denne funksjonen, noe som både RHF'et og de andre HF drar nytte av.

Prosjektgruppen som helhet stiller spørsmål ved størrelsen på finansieringen av én legestilling, dvs. at den synes for høy.

14.10.5 Prosjektets anbefaling

DISSENS

1. Organisatorisk plassering av stillingen kan fortsette, men den særskilte finansieringen avvikles.

2. Stillingen videreføres med særskilt finansiering på annet nivå, der HN RHF og Finnmarkssykehuset finansierer 50% hver. Dagens størrelse på finansieringen bør vurderes.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

14.11 Sosialpediater v/barnehus – UNN

14.11.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert i 2010.

I 2006 ga Justis- og beredskapsdepartementet Politidirektoratet i oppdrag å etablere barnehus, som et samarbeidsprosjekt mellom tre departementer: Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.

Statens barnehus er et tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep, der det foreligger en politianmeldelse. Undersøkelsene begjæres av politiet. På barnehusene foretas både klinisk rettsmedisinske undersøkelser og sosialpediatriske undersøkelser. De regionale helseforetakene har ansvar for både de klinisk rettsmedisinske undersøkelsene og øvrige medisinske undersøkelser. Dette utføres av pediatere ansatt ved barneavdelingen i UNN.

Barneleger ambulerer fra UNN til Barnehuset i Kirkenes.

De aller fleste pasientene kommer fra eget helseforetaks nedslagsfelt. Det gjennomføres ca 150 undersøkelser pr år.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – Felles funksjoner: 1,408 mill kr.

14.11.2 Egenvurdering

14.11.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg](#)

14.11.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Sosialpediater ved barneavdelingen i UNN dekker tilbudet i Troms- og Finnmark fylke. Det planlegges et nytt barnehus i Finnmark og da må det vurderes om tilbudet skal ytes fra Tromsø eller om Finnmark etablerer et eget tilbud. Tilbudet bør videreføres.

14.11.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.11.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset har ikke denne erfaringen i eget hus. Dette er et viktig tilbud til en sårbar pasientgruppe. Barn som utsettes for seksuelle overgrep bør undersøkes av erfaren sosialpediater for å dokumentere evt synlige skader. Finnmarkssykehuset ønsker derfor at barne- og ungdomsenheten ved Hammerfest sykehus også i fremtiden

kan benytte ekspertisen ved Barnehuset UNN for ivaretagelse av denne kategorien barnepasienter.

14.11.3.2 Nordlandssykehuset HF

I likhet med Nordlandssykehusets sosialpediater v/barnehus dekker denne funksjonen Helse Nords sørge for ansvar for å gjennomføre klinisk rettsmedisinske undersøkelser og øvrige medisinske undersøkelser hos barn og unge som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep. Funksjonen dekker UNN og Finnmarkssykehusets nedslagsfelt, på samme måte som tilsvarende funksjon i Nordlandssykehuset dekker Nordland. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

14.11.3.3 Helgelandssykehuset HF

Behov tilstede og HSYK har ikke selv denne kompetansen tilgjengelig og benytter tilbudet ved NLSH. Videreføres i dagens form.

Avklaring av finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

14.11.4 Prosjektets vurdering

Viktig og pålagt funksjon for en sårbar gruppe.

14.11.5 Prosjektets anbefaling

Videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

14.12 Sosialpediater v/barnehus – Nordlandssykehuset

14.12.1 Historikk og status

Barnehuset i Bodø ble opprettet i 2013

I 2006 ga Justis- og beredskapsdepartementet Politidirektoratet i oppdrag å etablere barnehus, som et samarbeidsprosjekt mellom tre departementer: Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.

Statens barnehus er et tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep, der det foreligger en politianmeldelse.

Statens barnehus gir også råd og veiledning til privatpersoner og offentlige instanser i anonyme saker som er uavklarte, typisk fra primærhelsetjenesten, barnevern, skole etc.

Sosialpediater og barnesykepleier er ansatt ved Barneklubben i Nordlandssykehuset og arbeider ukentlig på barnehuset i Bodø. Det er i 2022 også startet opp med ambulerende til barnehuset i Mosjøen.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,408 mill.

14.12.2 Egenvurdering

14.12.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.12.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Barnehusene skal gi et viktig og godt tilbud til barn og unge i politianmeldte saker om vold og overgrep. Barnelege/sosialpediater i Nordlandssykehuset betjener Statens Barnehus i Bodø og Mosjøen. For å kunne tilby denne tjenesten videre er vi avhengig av at finansieringen opprettholdes. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

14.12.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.12.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter ikke denne funksjonen.

14.12.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Særdeles viktig funksjon for den sørlige delen av Helse Nord som betjenes av barneleger knyttet til barneavdelingen ved NLSH. Tilsvarende funksjon i UNN for Troms og Finnmark. Opprettholdelse av dagens form og finansiering vurderes som nødvendig for å sikre et regionalt tilbud til en særskilt sårbar pasientgruppe.

En reduksjon eller avvikling av funksjonen sosialpediater ved barnehus ved NLSH vil kunne medføre en forventning om at UNN skal overta funksjonen for hele regionen. Det lar seg ikke gjennomføre. Konsekvensene vil være barn og unge som ikke får et tilbud om undersøkelser ved Statens barnehus. UNN vurderer at funksjonen bør opprettholdes i sin eksisterende form.

14.12.3.3 Helgelandssykehuset HF

Behov tilstede og HSYK har ikke selv denne kompetansen tilgjengelig og benytter tilbudet ved NLSH. Videreføres i dagens form.

Avklaring av finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

14.12.4 Prosjektets vurdering

Viktig og pålagt funksjon for en sårbar gruppe. Positivt at det ambuleres til barnehuset på Helgeland.

14.12.5 Prosjektets anbefaling

Videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

14.13 Tuberkulosekontrollprogram (stedlig koordinator) – UNN

14.13.1 Historikk og status

Den særskilte finansieringen i Helse Nord RHF's oversikt, omtalt som «Tuberkulosekontrollprogram», ble delt ut fra og med vedtatt budsjett 2015 (totalt 1 mill. kroner for UNN og NLSH). Ref. styresak 78-2014 *Plan 2015-2018 – inkl. rullering av investeringsplanen 2015-2022 (ingen begrunnelse i styresaken)*.

Med stor sannsynlighet gjelder denne tildelingen økning av stillingsprosenten for stedlige TB-koordinatorer i Nordlandssykehuset og UNN (etterlevelse av rammer i Tuberkulosekontrollprogrammet). Prosjektets uheldige begrepsbruk i omtale av funksjonen som skal vurderes, har medført at både egenvurderinger og foretakenes vurderinger bærer preg av at man ikke helt har visst hva som skulle omtales. Finansieringen gjelder ikke regional tuberkulosekoordinator (UNN), da denne stillingen er dekt av særskilt finansiering til KORSN.

Dokumentasjon for at dette gjelder stedlige TB-koordinatorer, kan spores i [henvendelser fra KORSN](#) til administrasjonen i UNN, mai 2014. Her redegjør regional smittevernoverlege, med henvisning til Tuberkulosekontrollprogram 2012-2015 (styresak 52-2012) for at antall pasienter med TBC er betydelig høyere enn hva stillingsbrøken er dimensjonert for, både ved UNN og Nordlandssykehuset. KORSN anbefaler at det innen januar 2015 opprettes minimum 100% stilling som TB-koordinator i tillegg til eksisterende 50% stilling ved UNN Tromsø. I [e-post](#) til avdelingsleder ved UNN sier smittevernoverlegen i tillegg følgende:

«KORSN jobber samtidig for økt stillingsandel for TB-koordinator ved Nordlandssykehuset. KORSN har orientert Helse Nord om situasjonen både ved NLSH og UNN Tromsø. NLSH har allerede søkt Helse Nord om midler til økt TB-koordinatorstilling. Det foreligger ingen tilsvarende søknad fra UNN Tromsø. Helse Nord har nå fokus på TB-koordinatorene i sine sykehus. KORSN anbefaler derfor at UNN Tromsø snarest søker Helse Nord om midler til 100% TB-stilling. KORSN kan bistå med dokumentasjon ved en slik søknad.»

Ifølge [forskrift om tuberkulosekontroll § 4-3](#) skal det regionale helseforetaket sørge for at det utpekes nødvendige tuberkulosekoordinatorer. I Helse Nord er dette ivaretatt ved stedlige tuberkulosekoordinatorer (i ulik stillingsbrøk, tilpasset omfang av behandling og sikring av kompetanse og kontinuitet) i alle helseforetakene som behandler tuberkulose, samt 50% regional tuberkulosekoordinator organisert ved (og finansiert gjennom) KORSN. All forebyggende og aktiv tuberkulosebehandling skjer i tett samarbeid mellom stedlig tuberkulosekoordinator og behandlende spesialist (lunge/infeksjon/ barn). Tuberkulosekoordinator samhandler mellom ulike nivå i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

I følge KORSN, har stedlig tuberkulosekoordinator ved UNN ingen regionale oppgaver, men ivaretar pasienter i UNNs opptaksområde. Oppfølging av pasienter med

sammensatt sykdomsbilde fra mindre helseforetak ansees ikke som en regional oppgave, men følger vanlige henvisningsrutiner i spesialisthelsetjenesten og er noen ganger nødvendig for å sikre god ivaretagelse av pasienter.

Prosjektet har verken funnet dokumentasjon på henvendelse fra UNN eller fra Nordlandssykehuset til Helse Nord RHF, eller en konkret styresak for behandling av tildelte midler. Sammenfall i tid mellom henvendelser fra KORSN til UNNs administrasjon og tildeling av midler, taler for at prosjektets redegjørelse er relevant.

I styresak 78/2014 står UNN oppført med kr 660 000 og Nordlandssykehuset med kr 340 000, noe som kan gjenspeile hhv 100% og 50% stilling. I 2019 ble beløpene flyttet fra budsjettpost for *særskilte finansieringer – regionale* til *overgangsordninger*. I denne forbindelse ser det ut som at det har skjedd en feilpostering, der UNN har fått Nordlandssykehuset sitt beløp og vice versa. Denne feilen er rettet opp i budsjett for 2023.

Særskilt finansiering 2022 – *Overgangsordning*: 378 000 kroner (feilpostering mellom UNN og NLSH, rettet opp fra 2023)

14.13.2 Egenvurdering

14.13.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

Beskrevet og egenvurdert under Kompetansesenter i smittevern Helse Nord KORSN, UNN.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

14.13.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Tuberkuloseprogrammet i Helse Nord er en nødvendig funksjon for å ivareta tuberkulosekontrollprogrammet i Nord-Norge. Dette er lovpålagt gjennom forskrift om tuberkulosekontroll kapittel to.

14.13.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.13.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset erfarer at Regional TB-koordinator (RTBK) sprer kompetanse ut til helseforetakene, både mellom foretakene og også fra nasjonale helsemyndigheter. RTBK er samlende for alle TB-koordinatorerne i Helse Nord, gir fortløpende veiledning og råd generelt faglig og spesielt i konkrete pasientsaker. RTBK videreformidler erfaringer og læring fra slik veiledning og pasientsaker, slik at dette bidrar til læring/utdanning for alle TB-koordinatorerne i helseforetakene i regionen.

RTBK håndterer henvendelser ved fravær hos en TB-koordinator i et helseforetak. Ved utbrudd eller andre situasjoner som krever ekstra beredskap, så bidrar RTBK både direkte i situasjonen eller bidrar til at det allokeres f.eks. nasjonal bistand med ressurser

om det kreves, eks flyktningstrømmen i 2015. Under Covid19-pandemien ble kombistillingene som hygienesykepleier/TB-koordinator i Hammerfest og Kirkenes dominert av pandemiarbeid. Da var RTBK en viktig beredskapsressurs for både Hammerfest og Kirkenes slik at disse fikk bistand til TB-arbeid. Vi opplever også at RTBK bidrar til god faglig praksis.

Finnmarkssykehuset opplever RTBK til å være selve limet i tuberkulosekontrollen i Helse Nord. Det vurderes også veldig fornuftig at RTBK fysisk er plassert ved KORSN sammen med de andre regionale funksjonene, det er mye synergieffekt i et slikt felles faglig senter. Finnmarkssykehuset anbefaler derfor at ordningen med RTBK videreføres som i dag.

14.13.3.2 Nordlandssykehuset HF

Tuberkulosekontrollprogrammet ved UNN må sees i sammenheng med tilsvarende funksjon i Nordlandssykehuset. Tuberkulosekontrollprogram er definert i forskrift om tuberkulosekontroll, men organiseringen slik den er i dag i Helse Nord er ikke lovpålagt. Ved bortfall av funksjonen vil Finnmarkssykehuset måtte ivareta egen oppfølging, egne pasienter. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen, i likhet med funksjonen i Nordlandssykehuset, kan avvikles som regionale funksjoner, men med de konsekvenser som beskrevet.

14.13.3.3 Helgelandssykehuset HF

Bør kunne avvikles som regional tjeneste. Alle HF-ene har tbc-koordinator.

Videreføres ikke i dagens form. Nettverk mellom koordinatorene i hvert HF videreføres.

14.13.4 Prosjektets vurdering

Den særskilte finansieringen gjelder økning av stillingsbrøk for stedlig tuberkulosekoordinatorer i UNN (100%), ikke regional tuberkulosekoordinator. I følge Forskrift om tuberkulosekontroll skal det regionale helseforetaket sørge for at det er utpekt tuberkulosekoordinatorer i alle helseforetak. Stillingsprosent skal ifølge Tuberkulosekontrollprogram Helse Nord bl.a. dimensjoneres etter antall tilfeller av aktiv TB-behandling.

Ansvar for å dimensjonere og finansiere stedlige tuberkulosekoordinatorer, ligger hos det enkelte helseforetak. Prosjektet stiller derfor spørsmål ved hvorfor denne funksjonen fra 2015-2019 ble særskilt finansiert som regional funksjon.

I tidlige forberedelser til prosjekt for gjennomgang av funksjonene (2019), kan en se at finansieringen er ompostert til *overgangsordning*. Dette kan tyde på at finansieringen var tenkt innlemmet i basisfinansieringen til UNN. I budsjett for 2023 er Tuberkulosekontrollprogram UNN fremdeles oppført som overgangsordning med kr 704 000.

14.13.5 Prosjektets anbefaling

Stilling som stedlig tuberkulosekoordinator i UNN kan ikke avvikles så lenge forekomsten av pasienter i aktiv TB-behandling er på det nivået som ble beskrevet ved stillingens opprettelse. Den særskilte finansieringen fra Helse nord RHF avsluttes, da finansiering ansees som dekket av basisfinansieringen.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

14.14 Tuberkulosekontrollprogram (stedlig koordinator) – Nordlandssykehuset

14.14.1 Historikk og status

Den særskilte finansieringen i Helse Nord RHF's oversikt, omtalt som «Tuberkulosekontrollprogram», ble delt ut fra og med vedtatt budsjett 2015 (totalt 1 mill. kroner for UNN og NLSH). Ref. styresak 78-2014 *Plan 2015-2018 – inkl. rullering av investeringsplanen 2015-2022 (begrunnelse er ikke tekstlig omtalt i styresaken)*.

Med stor sannsynlighet gjelder denne tildelingen økning av stillingsprosenten for stedlige TB-koordinatorer i Nordlandssykehuset og UNN (etterlevelse av rammer i Tuberkulosekontrollprogrammet). Prosjektets uheldige begrepsbruk i omtale av funksjonen som skal vurderes, har medført at både egenvurderinger og foretakenes vurderinger bærer preg av at man ikke helt har visst hva som skulle omtales. Finansieringen gjelder ikke regional tuberkulosekoordinator (UNN), da denne stillingen er dekt av særskilt finansiering til KORSN.

Dokumentasjon for at dette gjelder stedlige TB-koordinatorer, kan spores i [henvendelser fra KORSN](#) til administrasjonen i UNN, mai 2014. Her redegjør regional smittevernoverlege, med henvisning til Tuberkulosekontrollprogram 2012-2015 (styresak 52-2012) for at antall pasienter med TBC er betydelig høyere enn hva stillingsbrøken er dimensjonert for, både ved UNN og Nordlandssykehuset. KORSN anbefaler at det innen januar 2015 opprettes minimum 100% stilling som TB-koordinator i tillegg til eksisterende 50% stilling ved UNN Tromsø. I [e-post](#) til avdelingsleder ved UNN sier smittevernoverlegen i tillegg følgende:

«KORSN jobber samtidig for økt stillingsandel for TB-koordinator ved Nordlandssykehuset. KORSN har orientert Helse Nord om situasjonen både ved NLSH og UNN Tromsø. NLSH har allerede søkt Helse Nord om midler til økt TB-koordinatorstilling. Det foreligger ingen tilsvarende søknad fra UNN Tromsø. Helse Nord har nå fokus på TB-koordinatorene i sine sykehus. KORSN anbefaler derfor at UNN Tromsø snarest søker Helse Nord om midler til 100% TB-stilling. KORSN kan bistå med dokumentasjon ved en slik søknad.»

Ifølge [forskrift om tuberkulosekontroll § 4-3](#) skal det regionale helseforetaket sørge for at det utpekes nødvendige tuberkulosekoordinatorer. I Helse Nord er dette ivare tatt ved stedlige tuberkulosekoordinatorer (i ulik stillingsbrøk, tilpasset omfang av behandling og sikring av kompetanse og kontinuitet) i alle helseforetakene som behandler tuberkulose, samt 50% regional tuberkulosekoordinator organisert ved (og finansiert gjennom) KORSN. All forebyggende og aktiv tuberkulosebehandling skjer i tett samarbeid mellom stedlig tuberkulosekoordinator og behandlende spesialist (lunge/infeksjon/ barn). Tuberkulosekoordinator samhandler mellom ulike nivå i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

I følge KORSN, har stedlig tuberkulosekoordinator ved Nordlandssykehuset ingen regionale oppgaver, men ivaretar pasienter i Nordlandssykehusets opptaksområde.

Oppfølging av pasienter med sammensatt sykdomsbilde fra mindre helseforetak ansees ikke som en regional oppgave, men følger vanlige henvisningsrutiner i spesialisthelsetjenesten og er noen ganger nødvendig for å sikre god ivaretagelse av pasienter.

Prosjektet har verken funnet dokumentasjon på henvendelse fra UNN eller fra Nordlandssykehuset til Helse Nord RHF, eller en konkret styresak for behandling av tildelte midler. Sammenfall i tid mellom henvendelser fra KORSN til UNNs administrasjon og tildeling av midler, taler for at prosjektets redegjørelse er relevant.

I styresak 78/2014 står UNN oppført med kr 660 000 og Nordlandssykehuset med kr 340 000, noe som kan gjenspeile hhv 100% og 50% stilling. I 2019 ble beløpene flyttet fra budsjettpost for *særskilte finansieringer – regionale* til *overgangsordninger*. I denne forbindelse ser det ut som at det har skjedd en feilpostering, der UNN har fått Nordlandssykehuset sitt beløp og vice versa. Denne feilen er rettet opp i budsjett for 2023.

Særskilt finansiering 2022 – *Overgangsordning*: 704 000 kroner (feilpostering mellom UNN og NLSH, rettet opp fra 2023)

14.14.2 Egenvurdering

14.14.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

14.14.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Gjennom tuberkuloseprogrammet fikk Nordlandssykehuset tildelt funksjonen tuberkulosekoordinator for å kunne bistå med kontroll av tuberkulose i alle ledd både i Nordlandssykehusets, og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Hvis funksjonen bortfaller, vil også funksjonen ovenfor Helgelandssykehuset knyttet til avanserte pasienter bortfalle og blir overført til lokal koordinator i Helgelandssykehuset. Det er ikke aktuelt å videreføre funksjonen i en annen form. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles, med de konsekvenser som beskrevet.

14.14.3 Vurdering fra ulike interessenter

14.14.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av dette.

14.14.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Tuberkulosekontrollprogram Helse Nord er en del av Smittevernplan Helse Nord 2016-2020 og lovpålagt i Forskrift om tuberkulosekontroll. I Helse Nord er dette ivare tatt ved stedlige tuberkulosekoordinatorer i alle helseforetakene som behandler tuberkulose. I tillegg er det ved KORSN ansatt en regional tuberkulosekoordinator i 50% stilling. Den sørger for at et relativt lite fagmiljø i regionen er oppdatert, koordinert og samkjørt.

Tuberkulosekoordinator ved Nordlandssykehuset har etter vår kunnskap ingen regionale oppgaver, men ivaretar pasienter i eget opptaksområde. Å følge opp pasienter med sammensatt sykdomsbilde fra mindre helseforetak ansees ikke som en regional oppgave, men følger vanlige henvisningsrutiner i spesialisthelsetjenesten og er noen ganger nødvendig for å sikre god ivaretagelse av pasienter.

All forebyggende og aktiv tuberkulosebehandling skjer i tett samarbeid mellom tuberkulosekoordinator og behandlende spesialist (lunge/infeksjon/ barn).

Tuberkulosekoordinator samhandler mellom ulike nivåer i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Stillingen som tuberkulosekoordinator ved NLSH kan ikke avvikles om NLSH fortsatt skal utrede og behandle pasienter med aktiv og latent tuberkulose. Dersom tuberkulosekoordinatorstillingen ved NLSH avvikles vil det medføre overføring av pasienter til UNN Tromsø, hvilket vil belaste behandlingsskjeden i Tromsø og være en betydelig ulempe for pasientene.

Det er uklart hvorfor NLSH særskilt finansieres med et nesten dobbelt så høyt beløp for ivaretagelse av tuberkuloseprogrammet enn UNN.

UNN vurderer at særskilt finansiering av Helse Nords tuberkuloseprogram bør vurderes på ny, med harmonisering av tilskudd i forhold til pasientmengde

14.14.3.3 Helgelandssykehuset HF

Bør kunne avvikles som regional tjeneste. Alle HF-ene har tbc-koordinator.

Videreføres ikke i dagens form. Nettverk mellom koordinatorene i hvert HF videreføres.

14.14.4 Prosjektets vurdering

Den særskilte finansieringen gjelder økning av stillingsbrøk for stedlig tuberkulosekoordinator i Nordlandssykehuset (50%) fra 2015, ikke regional tuberkulosekoordinator. I følge Forskrift om tuberkulosekontroll skal det regionale helseforetaket sørge for at det er utpekt tuberkulosekoordinatorer i alle helseforetak. Stillingsprosent skal ifølge Tuberkulosekontrollprogram Helse Nord bl.a. dimensjoneres etter antall tilfeller av aktiv TB-behandling.

Ansvar for å dimensjonere og finansiere stedlige tuberkulosekoordinatorer, ligger hos det enkelte helseforetak. Prosjektet stiller derfor spørsmål ved hvorfor denne funksjonen fra 2015-2019 ble særskilt finansiert som regional funksjon.

I tidlige forberedelser til prosjekt for gjennomgang av funksjonene (2019), kan en se at finansieringen er ompostert til *overgangsordning*. Dette kan tyde på at finansieringen var tenkt innlemmet i basisfinansieringen til Nordlandssykehuset.

I budsjett for 2023 er Tuberkulosekontrollprogram Nordlandssykehuset fremdeles oppført som overgangsordning med kr 378000.

14.14.5 Prosjektets anbefaling

Stilling som stedlig tuberkulosekoordinator i Nordlandssykehuset kan ikke avvikles så lenge forekomsten av pasienter i aktiv TB-behandling er på det nivået som ble beskrevet ved stillingens opprettelse. Den særskilte finansieringen avsluttes, da finansiering ansees som dekket av basisfinansieringen.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

Del III

I denne delen besvares prosjekteiers krav til leveranse pkt 3 (se kap 4.1.3) og gir forslag til rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering.

15 Rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering

I forslag til inndeling og rammeverk er det tatt utgangspunkt i regionale funksjoner med særskilt finansiering som er gjennomgått i prosjektet. Det kan finnes flere regionale funksjoner med særskilt finansiering enn de som er gjennomgått i prosjektet, og rammeverket bør også omfatte disse.

Presiseringen om at dette gjelder funksjoner med *særskilt finansiering*, gis fordi det finnes øvrige regionale funksjoner/tjenester i regionen som finansieres gjennom basisramme. For særskilt finansierte funksjoner, bidrar alle helseforetakene i Helse Nord med finansieringen.

Videre finnes det regionale funksjoner som er organisert i UNN, men med oppdrag og finansiering fra eksterne. To av disse, KoRus Nord og RVTS Nord, er omfattet av prosjektets vurdering, men har oppdrag og finansiering fra Helsedirektoratet. I rapporten er disse kategorisert som regionale sentre i Helse Nord, men omfattes ikke av rammeverket.

Rammeverket skal bidra til forutsigbarhet i etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særfinansiering.

Formålet med regionale funksjoner er å levere ulike tjenester til hele regionen innenfor aktuelt fagområde. Målgruppen kan være både pasienter, helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten, og i noen tilfeller andre samarbeidsaktører.

Regionale funksjoner kan etableres med utgangspunkt i oppdrag/pålegg fra nasjonale myndigheter, oppdrag fra Helse Nord RHF, styrevedtak i RHF-styret eller etter søknad fra et helseforetak. Ved søknad må tiltaket være godt forankret i regionalt fagmiljø.

Ved tildeling av en regional funksjon skal det utarbeides et tydelig mandat, og helseforetaket som tildeles funksjonen må legge forholdene til rette for en aktiv regional utførelse.

Finansiering og krav til oppfølging og rapportering må være forutsigbart. Rapportering utføres årlig etter mal, og Helse Nord RHF tar initiativ til planlagt evaluering eller når dette ansees som nødvendig. Evaluering skjer i et samarbeid mellom tjenesten, helseforetakene og regionalt helseforetak.

15.1 Beskrivelse av og kriterier for ulike kategorier av funksjoner

På bakgrunn av formål og innhold i funksjonene som er vurdert i prosjektet, foreslås inndeling i følgende kategorier:

- Regionale sentre
- Regionale behandlingstjenester

- Regionale kompetansetjenester
- Regionale kompetansenettverk
- Regionale koordinatore
- Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

15.1.1 Regionale sentre

Et regionalt senter kjennetegnes ved at det har en samlet, ofte tverrfaglig spisskompetanse på aktuelt fagområde. Kunnskapen skal være nyttig og etterspurt i hele regionen og senteret skal løse oppgaver på vegne av og/eller for hele regionen. Funksjonen til et regionalt senter kan være sammensatt, og kan omhandle både deling av kompetanse og ansvar for pasientbehandling.

Noen regionale sentre er utenfor RHFets styringslinje, men organisatorisk lagt til UNN.

- Et regionalt senter skal kun etableres ved ett helseforetak i regionen
- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF eller nasjonale myndigheter
- Funksjonstid kan variere
- Mandat
- Regional referansegruppe og/eller regionalt nettverk
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres etter gitt funksjonstid og/eller hvert 5. år

15.1.2 Regionale behandlingstjenester

En regional behandlingstjeneste skal i hovedsak ha ansvar for utredning og behandling av en gruppe pasienter som har behov for høyspesialisert kompetanse eller bruk av spesialisert medisinsk utstyr. En regional behandlingstjeneste skal som regel bare etableres ved ett helseforetak, men kan i enkelte tilfeller etableres i to helseforetak i regionen. Behandlingstjenesten omtales da som delregional. Ved etablering i to helseforetak, skal tilbudene være like. Sentralisering av et behandlingstilbud skal bidra til helsemessige gevinster i form av bedre prognose og livskvalitet for pasienten, økt kvalitet og kompetanse i behandlingen samt bedre regional kostnadseffektivitet.

- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF, funksjonsdeling eller etter søknad fra et helseforetak
- Funksjonstid kan variere
- Mandat, inkludert beskrivelse av hvilke diagnoser, prosedyrer eller del av pasientforløpet behandlingstjenesten omfatter
- Regional referansegruppe
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres hvert 5. år

15.1.3 Regionale kompetansetjenester

Regionale kompetansetjenester har som formål å styrke kvaliteten på tjenestene i regionen, gjennom oppbygging og spredning av kompetanse både innen spesialisthelsetjenesten og til kommunene. Regionale kompetansetjenester skal både

kunne bidra til å sikre kvalitet i bredden og kunnskap om ny behandling og nye måter å arbeide på.

- Etableres etter søknad (Jf. Vedlegg 2: [Regional retningslinje for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester i Helse Nord](#))
- Funksjonstid fem år
- Mandat
- Regional referansegruppe
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

15.1.4 Regionale kompetansenettverk

Regionale kompetansenettverk er i denne sammenheng definert som et faglig, regionalt samarbeid der aktørene har et felles ansvar for kompetansespredning og for at ny kunnskap blir tatt i bruk i regionen. Ett av helseforetakene koordinerer aktiviteten. Kompetansenettverket skal bidra til å videreføre fagmiljø som er bygget opp, med mål om likeverdige helsetjenester og reduksjon av variasjon i praksis.

- Etableres som videreføring av en kompetansetjeneste eller etter søknad fra et helseforetak
- Funksjonstid inntil fem år
- Mandat
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

15.1.5 Regionale koordinatører

Ved behov for koordinert implementering eller koordinert samarbeid i regionen, kan Helse Nord RHF opprette regionale koordinatører for kortere eller lengre perioder.

- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF eller nasjonale myndigheter
- Funksjonstid kan variere
- Mandat
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

15.1.6 Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

Kategorien benyttes for funksjoner som ikke kan plasseres i øvrige kategorier.

- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF
- Funksjonstid kan variere
- Mandat
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

Kategori	Bakgrunn for etablering	Funksjons-tid	Mandat	Regional referanse-gruppe	Årlig rapportering	Evaluering
Regionalt senter	Oppdrag fra departement eller RHF	Kan variere	Ja	Ja	Til HF og RHF	Etter angitt tid, eller hvert 5. år
Regional behandlingstjeneste	Oppdrag/ funksjonsdeling/ søknad (standard søknadsskjema og søknadsbehandling)	Kan variere	Ja, med beskrivelse av diagnoser/ prosedyrer/ del av et pasientforløp	Ja	Til HF og RHF	Hvert 5. år
Regional kompetansetjeneste	Søknad (standard søknadsskjema og søknadsbehandling)	5 år	Ja	Ja	Til HF og RHF	Siste virkeår
Regionalt kompetansenettverk	Søknad, eller som Videreføring av en regional kompetansetjeneste eller etter søknad	5 år	Ja	Nei	Til HF og RHF	Siste virkeår
Regional koordinator	Oppdrag fra RHF eller nasjonale myndigheter	Kan variere	Ja	Nei	Til HF og RHF	Siste virkeår
Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte	Oppdrag fra RHF	Kan variere	Ja	Nei	Til HF og RHF	Siste virkeår

Tabell: Skjematisk fremstilling av kriterier for etablering og oppfølging

15.1.7 Funksjoner som faller utenfor kategoriene

Prosjektet har identifisert 10 funksjoner med særskilt finansiering som ikke faller inn under noen av kategoriene og som da ikke vil bli fanget opp i det rammeverket som skisseres av prosjektet. For 4 av disse foreslås det at *finansieringen* avvikles. For de øvrige må det tas stilling til hvordan disse skal følges opp:

Kompetanse nyfødt intensiv (NLSH)

LIS-stilling anestesi (UNN) **Avvikles**

LIS-stilling anestesi (NLSH) **Avvikles**

Mammografitilbud (lokal screening) (UNN)

Mammografitilbud (lokal screening) (NLSH)

Nukleærmedisin (takstjustering) (UNN)

Nukleærmedisin (takstjustering) (NLSH)

Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) (UNN)

Tuberkulosekontrollprogram - Tuberkulosekoordinator (stedlig) (UNN) **Avvikles**

Tuberkulosekontrollprogram - Tuberkulosekoordinator (stedlig) (NLSH) **Avvikles**

15.1.8 Øvrige nettverk i regionen

Det finnes mange ulike nettverk i Helse Nord. Nettverkene etableres etter behov og initiativ fra RHF, helseforetakene eller fagmiljøene og omfattes ikke av rammeverket. Noen av nettverkene har faste midler, andre søker årlig regionale fagnettverksmidler.

Noen av disse nettverkene kan falle innenfor definisjonen for regionale kompetansenettverk. I et nytt rammeverk for oppfølging, bør Helse Nord RHF vurdere om noen av disse bør inngå i rammeverket.

15.2 Helse Nord RHF's oppfølging av regionale funksjoner

Det er behov for en mer forutsigbar oppfølging av regionale funksjoner i Helse Nord, og prosjektet anbefaler derfor at det i Helse Nord RHF etableres et «servicemiljø» med ansvar for saksbehandling knyttet til etablering, oppfølging, evaluering og avvikling av regionale funksjoner. I anbefalingen er det sett til nasjonalt servicemiljø for oppfølging av nasjonale tjenester (nasjonale kompetansetjenester, behandlingstjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og senter) som ble etablert som en oppfølging etter helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester.

Nasjonalt servicemiljø er sammensatt av deltakere fra alle helseregionene, og i hver region er det disse som har ansvar for regional oppfølging av nasjonale tjenester.

15.3 Regionalt servicemiljø

Prosjektet anbefaler å knytte sammen ansvaret for oppfølging av nasjonale og regionale tjenester, da det vil være flere oppgaver som er sammenfallende eller har likhetstrekk.

Oppgaver for det regionale servicemiljøet i Helse Nord RHF:

- være kontaktpunkt for helseforetakene når det gjelder regionale funksjoner
- foreta saksbehandling i forbindelse med søknader, årsrapportering og evaluering
- sørge for å utarbeide og vedlikeholde retningslinjer, veiledere og søknadsmaler for ulike kategorier av tjenester/funksjoner
- sørge for at nettside om regionale funksjoner er oppdatert med informasjon og linker til tjenestene

15.3.1 Etablering av nye regionale funksjoner

Etablering av nye regionale funksjoner kan skje på to måter, og saksbehandlingen avhenger av hvorvidt funksjonene er søknadsbaserte eller har utspring i et konkret oppdrag.

Når det gjelder regionale behandlingstjenester, kan etablering av disse være et resultat av en prosess for funksjonsdeling. For dette vises det til veileder «*Funksjonsdeling av*

spesialisthelsetjenester i Helse Nord innen fagområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB».

15.3.1.1 Etablering og oppfølging av regionale funksjoner etter søknad fra et helseforetak

I beskrivelse av søknadsprosessen er det tatt utgangspunkt i dagenes veileder for behandling av søknader om etablering av regionale kompetansetjenester.

Søknad utformes etter mal. Pr i dag finnes det bare mal for søknad om regionale kompetansetjenester, og det bør utarbeides mal for behandlingstjenester, senter og kompetansenettverk.

Tidsangivelser for søknadsprosess og oppfølging etter etablering har tatt hensyn til budsjettprosesser og er illustrert i Årshjul (fig) som følger:

Søknadsfrist: 31. januar

Behandling av søknad i regionalt fagsjefmøte: mars

Behandling av søknad i regionalt direktørmøte: april

Behandling av søknad i ledermøte i Helse Nord RHF: mai

Svarfrist søknad: 1. oktober

Årlig oppfølging av etablerte tjenester:

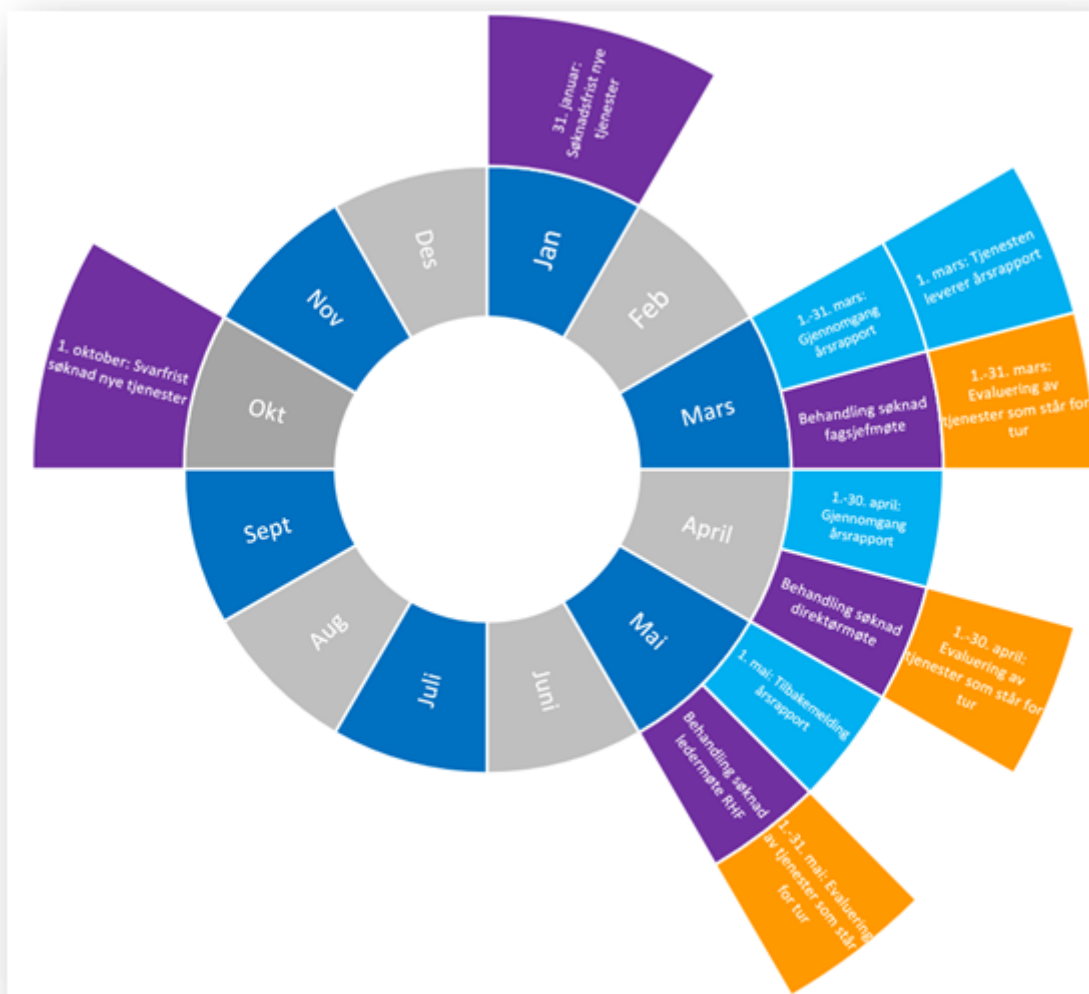
Funksjonen leverer årsrapport: 1. mars

Gjennomgang av årsrapporter i Helse Nord RHF: 1. mars – 1. mai

Tilbakemelding årsrapport fra RHF: mai - juni

Evaluering av funksjoner der tidsavgrensning er satt ved etablering (videreføring, overgang til annen form, avslutning): 1. mars – 1. juni.

Disse funksjonene skal til enhver tid være presentert i en oversikt som viser tidspunkt (år) for evaluering. Oversikten skal være tilgjengelig på nettside for regionale funksjoner (se pkt. 5.4).



Figur 1: Illustrasjon av søknadsprosess og oppfølging etter etablering av regionale funksjoner med særfinansiering. Årshjulet kan utvides for å få med detaljer i intern saksbehandling.

15.3.1.2 Etablering og oppfølging av regionale funksjoner på bakgrunn av konkrete oppdrag

Proessen for etablering av regionale funksjoner som er gitt som oppdrag til et helseforetak vil være annerledes enn for søknadsbaserte funksjoner, men rutiner for oppfølging vil være lik.

Det erfares i dag at forutsetninger for etablering ikke alltid er godt nok beskrevet og kartlagt før oppdraget gis. Derfor bør det legges til rette for en prosess i samarbeid med helseforetaket som tildeles funksjonen, der forventninger til funksjonen avklares, inkludert tilgang til ressurser og kompetanse.

15.4 Arkivering/dokumentasjon i saks- og budsjettbehandling

Bakgrunnen for at det gis anbefalinger på dette området, er de erfaringer som prosjektet har gjort med hensyn til å finne frem til arkivert dokumentasjon.

15.4.1 Saks- og arkivsystem

Saks- og arkivsystemet er viktigste base for aktuell og historisk informasjon. Det bør opprettes sak for hver regional funksjon der beslutninger knyttet til etablering, finansiering og endring dokumenteres.

15.4.2 E-rapport

Pr. i dag leveres årsrapporter i dokumentformat. Prosjektet foreslår å ta i bruk e-rapport som for nasjonale tjenester.

15.4.3 Budsjettoversikter

Når nye funksjoner etableres og særfinansieres, må begrepsbruken i budsjettet tydelig avspeile hvilken funksjon bevilgningen er tiltenkt. Merknader kan eventuelt benyttes for ytterligere tydeliggjøring. Dette er spesielt viktig med tanke på kommunikasjon med helseforetakene, men også med tanke på historikk.

15.5 Nettside for regionale funksjoner

All overordnet informasjon om og presentasjon av regionale funksjoner samles på én nettside, med lenker til nettside for den enkelte funksjon.

Det bør utarbeides en mal for hvordan funksjonen skal presentere seg:

- Korrekt navn
- Hvordan er funksjonen organisert?
- Historikk, når opprettet, hvem de er
- Formål og handlingsplan
- Årsrapport

Regionale funksjoner/tjenester som er finansiert gjennom basisramme eller fra eksterne instanser, kan også vurderes presentert på denne nettsiden via lenker fra helseforetakenes nettsider.

16 Vedlegg

1. «Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord – Grunnlag, fremgangsmåte og resultat» - Vedlegg til rapport.
2. [Retningslinjer regionale kompetansetjenester Helse Nord - 2017](#)

Saksnr.:
 2021-1658/

 Referent:
 Siw Skår/95129401

 Dato:
 30.8.2023

Møtereferat - UTKAST

Møtetype:	Styringsgruppemøte, Prosjekt Gjennomgang av regionale særfinansierte funksjoner
Møtedato:	30.8.2023 kl. 14:00 – 16:00
Møtested:	Teams
Neste møte:	

Til stede

Hilde Rolandsen, eierdirektør, Helse Nord RHF. Prosjekteier og styringsgruppens leder.
Ann Britt Nilssen, prosjektleder, Helse Nord RHF
Vivi Brenden Bech, konstituert adm. dir. Finnmarkssykehuset
Anita Schumacher, adm. dir. UNN
Siri Tau Ursin, adm. dir. Nordlandssykehuset
Tove Klæboe Nilsen, forskningsdirektør, Helse Nord RHF
Lena E. Nielsen, adm. dir. Helgelandssykehuset
Baard Einar Martinsen, konserntillitsvalgt
Jeanette Mikalsen, konsernverneombud
Hege Johannessen, brukerrepresentant
Siw Skår, rådgiver, Helse Nord RHF

SAK	Sakstype B=Beslutning I=Informasjon	Saksliste	Ansvarlig
	B	Godkjenning innkalling/saksliste Godkjent	
10/23	B	Godkjenning av referat fra møte 28.06.23 Godkjent	
11/23	B	Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord – styringsgruppens behandling av rapport fra prosjekt Hilde innledet. Styringsgruppen skal ta stilling til åtte punkter, jf. saksfremlegget. 1. Funksjoner der prosjektgruppen anbefaler videreføring med dagens form og finansiering	

 Postadresse:
 Helse Nord RHF
 Postboks 1445
 8038 Bodø

 Besøksadresse:
 Helse Nord RHF
 Moloveien 16, 6 et.
 8003 Bodø

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

Org nr: MVA 883 658

		<p>Vedtak: Styringsgruppen stiller seg bak de anbefalingene som er gjort av prosjektgruppen</p> <p>2. Funksjoner der prosjektgruppen foreslår endring av finansiering fra dagens nivå</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samvalgssenteret • Pasienttelefon - Informasjonstjeneste for pasienter og personell vedr fritt sykehusvalg <p>Fra diskusjonen: Evalueringstidspunkt for samvalgssentret ble diskutert. Midlene som trekkes ut av samvalgssentret ved UNN må i sin helhet fordeles til de øvrige helseforetakene i regionen.</p> <p>Vedtak: Styringsgruppen stiller seg bak de anbefalingene som er gjort av prosjektgruppen.</p> <p>3. Funksjoner som prosjektgruppen foreslår avsluttet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander • Dropout (2014-2016) • LIS-stilling anestesi (UNN og NLSH) • Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet, inklusiv årlig konferanse • Tuberkulosekontrollprogram, Tuberkulosekoordinator (stedlig ved UNN og NLSH) <p>Fra diskusjonen: - UNN støtter ikke avslutning av særskilt finansiering fordi foretaket mener at behovet for oppbygging av kompetanse innenfor anestesi fremdeles er tilstede. Innspill fra UNN om historikk bak LIS-stillinger. - Når funksjoner finansieres, men ikke blir opprettet eller driftes, bør finansieringen følges opp (avsluttes) både fra Helse Nord RHF og de respektive helseforetak.</p> <p>Vedtak: Flertallet i sStyringsgruppen stiller seg bak de anbefalingene som er gjort av prosjektgruppen.</p> <p>4. Dissenser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeids- og miljømedisinsk avdeling – Arbeids- og miljømedisinsk seksjon 	
--	--	---	--

		<p>Alternativ 1: Funksjonen videreføres. Funksjonens omfang og nivået på finansieringen bør fastsettes etter en dialogbasert gjennomgang.</p> <p>Alternativ 2: Konserntillitsvalgte mener at funksjonen skal videreføres som i dag. Konserntillitsvalgte forutsetter at tjenesten følges opp av Helse Nord RHF.</p> <p>Vedtak: Flertallet i styringsgruppen stiller seg bak anbefaling 1 med følgende endring: Funksjonen videreføres. Funksjonens omfang og nivået på finansieringen bør fastsettes etter en snarlig dialogbasert gjennomgang mellom Helse Nord RHF og UNN, og senere dialog i direktørmøtet.</p> <p>UNN: Stiller seg bak alternativ 2. En ny gjennomgang vil sannsynligvis ikke få frem mer enn gjennomgangen som er gjort i prosjektet. Oppfølging og evaluering bør skje på samme måte som for øvrige funksjoner.</p> <p>Regional koordinator helsefagarbeiderlæringer - NLSH (2016) Alternativ 1: Funksjonen videreføres ut 2024 med dagens finansiering. I forkant av eventuell endring, må det gjennomføres en evaluering. Alternativ 2: Konserntillitsvalgtes anbefaling: Funksjonen videreføres med dagens form og finansiering.</p> <p>Vedtak: Styringsgruppen stiller seg bak anbefaling 1 med følgende endringer: Funksjonen videreføres ut 2025 med dagens form og finansiering. Funksjonen evalueres i løpet av 2024.</p> <p>Regional forbedringsutdanning - NLSH (2018) Alternativ 1: Forbedringsutdanningen videreføres, men den særskilte finansieringen avsluttes. Utgifter for deltakelse dekkes av eget helseforetak. Det bør vurderes om deler av undervisningen kan gjøres digital.</p> <p>Alternativ 2: Ved å fjerne disse midlene vil svært få utenfor Tromsø og Bodø delta på forbedringsutdanningen fordi det i tillegg til reise/opphold vil måtte bli avkrevd en</p>	
--	--	---	--

		<p>deltakeravgift på 6000-9000 per deltaker for å dekke utgifter til lokaler, bevertning og forelesere. Nordlandssykehuset mener derfor at regionen vil tape på det, fordi færre vil ta denne utdanning. Dette er også på tvers av Helse Nords kvalitetsstrategi som nettopp er vedtatt.</p> <p>Vedtak: Flertallet i styringsgruppen stiller seg bak anbefaling 1. NLSH støtter alternativ 2.</p> <p>Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) - UNN (2015) Alternativ 1: Organisatorisk plassering av stillingen kan fortsette, men den særskilte finansieringen avsluttes. Alternativ 2. Stillingen videreføres med særskilt finansiering på annet nivå, der Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset finansierer 50% hver. Dagens størrelse på finansieringen bør vurderes.</p> <p>Vedtak: Styringsgruppen stiller seg bak anbefaling 2. (Nordlandssykehuset blank, måtte forlate møtet)</p> <p>5. Funksjoner i somatikken der det anbefales ytterligere gjennomgang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (AMA) – seksjon (AMS) • Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO) • Regional traumekoordinator • Prostatasenter UNN og NLSH <p>Vedtak: Styringsgruppen stiller seg bak forslag om ytterligere gjennomgang av de nevnte funksjoner, med unntak av prostatasenter. Gjennomgangen foretas av en gruppe som er sammensatt av deltakere tilpasset den enkelte funksjon. Sammensetningen beslattes i dialog mellom Helse Nord RHF og helseforetakene. Gjennomgang av prostatasenter anbefales tatt inn i arbeidet med funksjons- og oppgavedeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fagenhet for autisme – NLSH Merknad: Funksjonen er å betrakte som delregional. • Fagenhet for spiseforstyrrelser – NLSH Merknad: Funksjonen er å betrakte som delregional. 	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Familieambulatorium – UNN Merknad: Funksjonen omtaler seg som en behandlingstjeneste for UNNs opptaksområde, og det går ikke frem at det gis et tilbud i opptaksområdet til Finnmarkssykehuset. Dersom behandlingstjenesten skal kunne regnes som dekkende for begge opptaksområdene må tilbudet utvides til brukere i Finnmark. • Familieambulatorium – NLSH Merknad: Prosjektet vurderer at dette teamet har et annet innhold enn oppdraget som ble gitt, og fungerer ikke som familieambulatorium etter de kriterier som foreligger. • Regional behandling OCD (tvangslidelser) voksne – UNN Merknad: Funksjonen i UNN blir av øvrige helseforetak i Helse Nord vurdert som overflødig i et regionalt perspektiv, da den er et typisk eksempel på en «høyspesialisert» behandling som over tid, når kompetansen spres, blir mindre høyspesialisert med mulighet for desentralisert behandling. <p>Vedtak: Styringsgruppen anbefaler at Helse Nord RHF i samarbeid med helseforetakene, følger opp de innspillene som prosjektet har gitt.</p> <p>7. Rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering</p> <p>Fra diskusjonen: Tydeligere på hvordan oppfølging og evaluering skal skje. Medvirkning fra helseforetakene er viktig i prosessen, både etablering, drift og evaluering.</p> <p>Vedtak: Styringsgruppen stiller seg bak forslag til «Rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering» inklusiv den foreslåtte kategorisering av funksjonene.</p> <p>Styringsgruppen ber om at HNRHF i den videre prosess legger særlig vekt på oppgavedeling mellom</p>	
--	--	---	--

		<p>RHF og HF-ene, ansvar for årlige rapporteringer og evalueringer.</p> <p>Oppfølging av eksisterende funksjoner som faller utenfor rammeverk for fremtidig etablering og oppfølging</p> <p>Vedtak: Styringsgruppen anbefaler at Helse Nord RHF i samarbeid med helseforetakene, tar stilling til hvordan funksjoner som faller utenfor rammeverk for fremtidig etablering og oppfølging skal følges opp.</p> <p>Konklusjon Styringsgruppen ber om at prosjektet redigerer rapport versjon 0.9 i tråd med de vedtak som styringsgruppen har fattet for de ulike områder i rapporten. Rapporten ferdigstilles i 1.0-versjon før den forelegges administrerende direktør i Helse Nord RHF.</p>	
		<p>Eventuelt Ingen saker ble meldt.</p>	

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Bernt Nerberg

Dato:
3.10.2023

RBU-sak 85-2023

Pasientreiseforskriften og arbeidet med funksjons- og oppgavedeling

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar saken til orientering
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har følgende innspill:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Beslutningsgrunnlag

I løpet av høsten 2023 skal forslag til endringer i pasientreiseforskriften sendes på høring.

Helse Nord har fremhevet pasienttransport som en viktig avhengighet i det pågående arbeid med ny funksjons- og oppgavedeling i regionen. Ved endringsforslag som innebærer økt sentralisering av behandlingstilbud vil mange pasienter kunne få lengre reisevei og økt behov for overnatting. Helse Nord har i forbindelse med omstillingsarbeidet mottatt bekymringer fra pasient- og brukerorganisasjoner, med opplysninger om at pasienter har latt være å benytte seg av spesialisthelsetjenester grunnet kostnader til reise og overnatting.

Nærmere presentasjon vil bli gitt i møtet.

Konklusjon

Brukerutvalget inviteres til å diskutere utfordringer ved gjeldende rettigheter etter Pasientreiseforskriften, sett i lys av det pågående arbeidet med funksjons- og oppgavedeling.

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
3.10.2023

RBU-sak 86-2023

Konkretisering og operasjonisering av nasjonal e-helsestrategi – invitasjon til brukermedvirkning

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF takker for orienteringen om arbeidet med *Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgsektoren*.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til arbeidet med strategien:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Formål:

Direktoratet for e-helse ønsker å gi Regionalt brukerutvalg mulighet til å komme med innspill til innbyggers behov og hvilke resultatmål helsetjenesten skal oppnå for å imøtekomme innbyggers behov, knyttet til *Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*.

Beslutningsgrunnlag

Direktoratet for e-helse jobber med å konkretisere og operasjonalisere [Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren](#) – e-helse mål 1 – Aktiv medvirkning i egen og næres helse. Høsten 2023 kartlegges innbyggers behov, og det defineres hva helsetjenesten må realisere av digitale tjenester for å imøtekomme disse behovene.

Vedlagt er henvendelsen fra Direktoratet for e-helse til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, inkludert en presentasjon av arbeidet og en tentativ tidsplan. Direktoratet ønsker innspill på om brukerbehovene som er beskrevet i presentasjonen er dekkende, eller om det er mangler. I tillegg er det ønskelig med innspill på om resultatmålene som oppgis reflekterer mål/gevinster/effekter som er identifisert i spesialisthelsetjenesten, og om det er noen målområder som er viktigere å prioritere enn andre.

En tilsvarende henvendelse er sendt til de andre regionale brukerutvalgene, som behandler henvendelsen i egen region.

Direktoratet for e-helse vil delta under behandling av saken i møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF den 11. oktober 2023.

Konklusjon

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF diskuterer innspill til innbyggers behov og resultatmål for å imøtekomme innbyggers behov knyttet til arbeidet med *Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*.

Vedlegg:

1. Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren – invitasjon til brukermedvirkning
2. Nasjonal e-helsestrategi - presentasjon og tidsplan for 2024

Fra: Vibeke Iren Herikstad[Vibeke.Iren.Herikstad@ehelse.no]
Sendt: 11.09.2023 12:53:09
Til: postmottak@helse-sorost.no;postmottak@helse-midt.no;Postmottak-RHF
(postmottak@helse-nord.no);post@helse-vest.no[postmottak@helse-
sorost.no;postmottak@helse-midt.no;RHF-Postmottak@helse-nord.no;post@helse-vest.no]
Tittel: Brukermedvirkning - konkretisering og operasjonisering av Nasjonal e-helsestrategi

ADVARSEL: Denne eposten kommer fra utsiden av din organisasjon. Ikke klikk på lenker eller åpne vedlegg med mindre du kjenner igjen avsenderen og vet at innholdet er trygt.

Til Brukerutvalgene i de fire regionale helseforetakene

Direktoratet for e-helse jobber med å konkretisere og operasjonisere [Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren - ehelse](#) mål 1 – Aktiv medvirkning i egen og næres helse. I høst kartlegges innbyggers behov, og det defineres hva helsetjenesten må realisere av digitale tjenester for å imøtekomme disse behovene.

Den 7. september presenterte vi det vi har definert så langt i prosessen, for Samarbeidsforum for digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten. Forumet ble bedt om å gi innspill til både brukerbehov og resultatmål. Forumets brukerrepresentant Egil Rye Hytten, fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF, anbefalte oss å innhente innspill fra brukerutvalgene også.

I den forbindelse lurer vi på om brukerutvalgene i de regionale helseforetakene ønsker at vi kommer og legger frem arbeidet og gir brukerutvalgene mulighet til å komme med innspill på både innbyggers behov og hvilke resultatmål helsetjenesten skal oppnå for å imøtekomme innbyggers behov arbeidets tidlige fase?

Vennlig hilsen

Vibeke Iren Herikstad

Seniorrådgiver innbyggertjenester

Avdeling for innbygger- og helsepersonelltjenester

Telefon: (+47) 977 67 017

Direktoratet for e-helse

Postmottak@ehelse.no

ehelse.no | [LinkedIn](#) | [Facebook](#) | [Twitter](#) | [Nyhetsbrev](#)

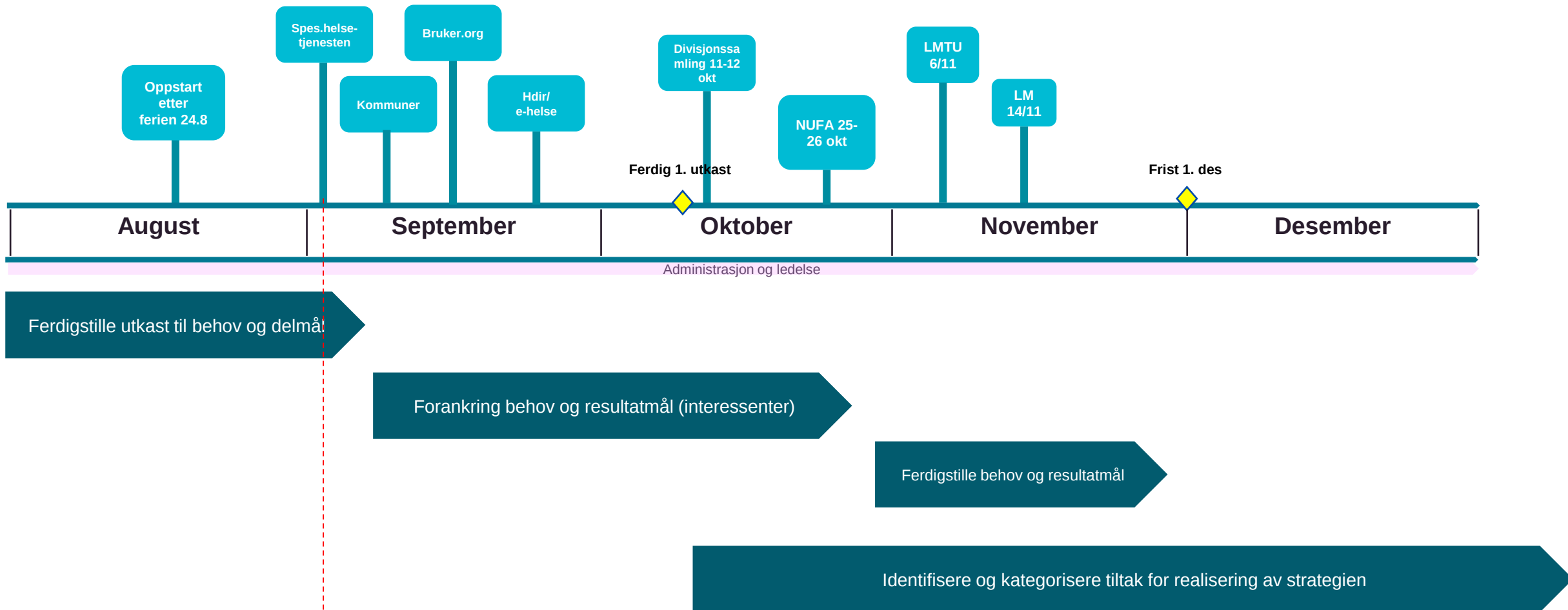
Nasjonale e-helsestrategi

Konkretisering og
operasjonalisering av mål 1



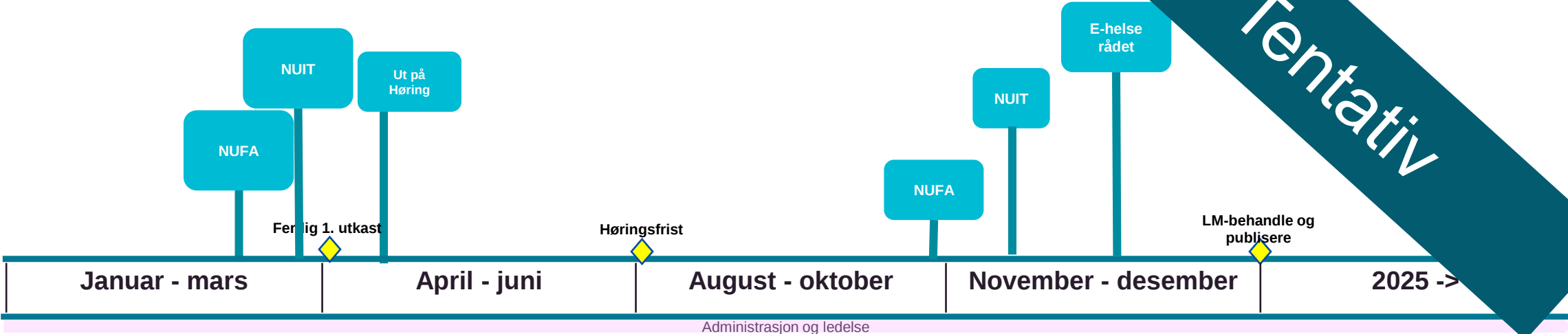
**AKTIV MEDVIRKNING I EGEN
OG NÆRES HELSE**

Tidsplan 2023 – Konkretisering av Mål 1 – Aktiv innbygger (Behov og resultatmål)



Tidsplan 2024 – Plan for realisering av Mål (tiltak) – Områdeplan Aktiv innbygger

Tentativ



Dialog med brukerorganisasjoner og sektor om prioritering av tiltak

Høring

Innarbeide innspill

Følge med, og vurdere behov for bruk av myndighetsrolle

Ferdigstille og kvalitetssikre tiltakskort

Digitalisering og økt utnyttelse av teknologi er sentrale virkemidler for å støtte opp under regjeringens mål

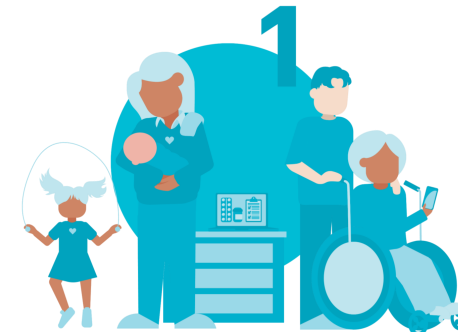


MÅL 1 | AKTIV MEDVIRKNING I EGEN OG NÆRES HELSE

Digitale helse- og omsorgstjenester skal tilrettelegge for at innbyggere og pårørende enkelt kan involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av egen og næres helse og mestring. Når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres skal i større grad tilpasses innbyggers behov. Dette vil bidra til bedre utnyttelse av kompetanse og kapasitet.



MÅL 1 | AKTIV MEDVIRKNING I EGEN OG NÆRES HELSE



Frem mot 2030 skal vi oppnå:

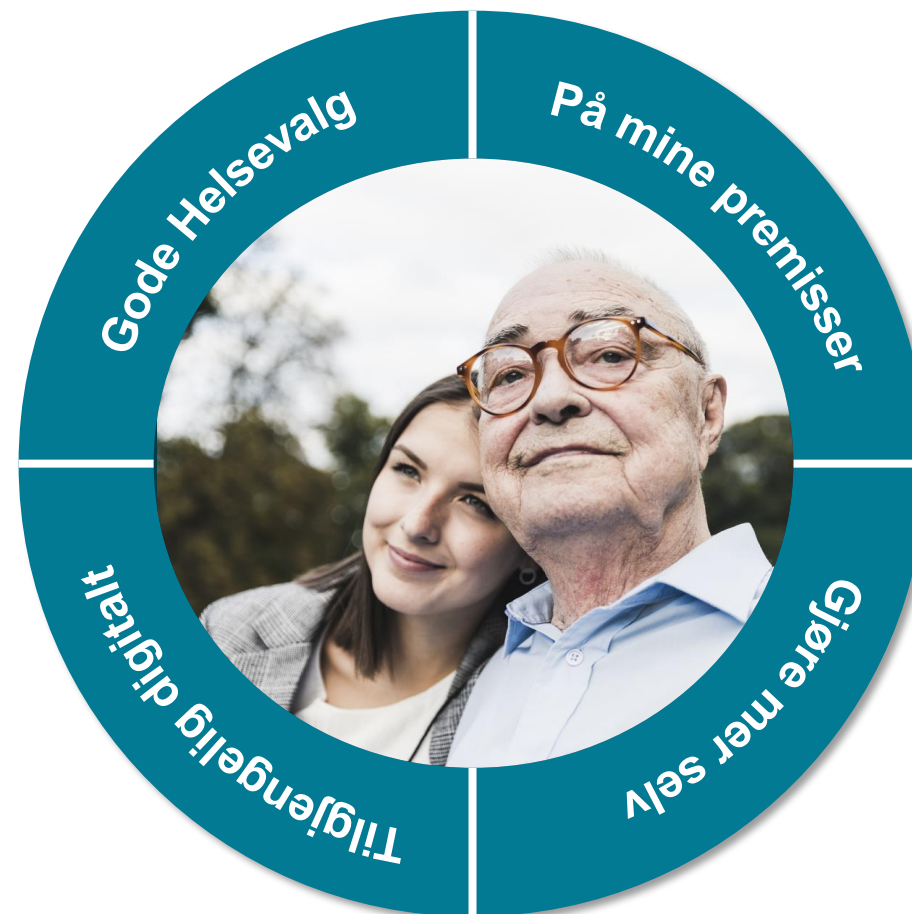
- Innbygger har enkle og brukervennlige digitale verktøy, selvbetjeningsløsninger og tilgang på tilpasset informasjon som gjør dem i stand til å være aktiv og ta gode valg for å ivareta egen og næres helse
- Innbygger og pårørende har enkel og sikker tilgang til egen og næres helseinformasjon, formidlet i en form som er lett å forstå, og som bidrar til økt helsekompetanse
- Innbygger og pårørende opplever det enkelt å gi samtykke og fullmakter
- Pasienter og helsepersonell har tilgang til digitale samvalgsverktøy som gir innbygger mulighet til å ta del i beslutninger om egen behandling i samråd med helsepersonell
- Innbygger og helsepersonell har tilgang til digitale tjenester som sikrer enkel kommunikasjon og mer effektiv håndtering av selvrappotering og selvmonitorering
- Innbygger har i samarbeid med helsepersonell mulighet for å tilpasse når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres, og flere tjenester ytes hjemme hos pasienten
- Flere bor hjemme lenger ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Dette bidrar til økt trygghet, mestring og evne til å ivareta egen helse
- Digitalt utenforskap reduseres ved at tjenestene er differensiert og tilpasset individuelt slik at «ikke-digitale innbyggere» får like god tilgang til helsetjenester som innbyggere som benytter digitale løsninger

Hva ønsker vi å oppnå?

Innbyggere settes i stand til å ta gode helsevalg, og har dermed bedre helse, er friskere og kan bo hjemme lengst mulig.



AKTIV MEDVIRKNING I EGEN
OG NÆRES HELSE





Gode helsevalg -Innbyggers behov

«God helse og mestring i befolkningen»

*«Innbygger har tilgang på tilpasset informasjon som gjør dem i stand til å være aktiv og ta gode valg for å ivareta egen og næres helse.
...tilgang til samvalgsverktøy som gir innbygger mulighet til å ta del i beslutninger om egen behandling»*

[Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren - ehelse](#)

Jeg har tilgang til mine helsedata som gir meg innsikt i status og utviklingen av min helse!

Jeg får informasjon tilpasset meg og mine helseutfordringer!

Jeg har tilgang på gode mestringsverktøy som veileder meg til å ta gode beslutninger og som gjør at jeg føler meg trygg!



Gode helsevalg -Resultatmål



Jeg har tilgang til mine helsedata som gir meg innsikt i status og utviklingen av min helse!

1. Innbygger har tilgang til sine helsedata fra **hele** helse- og omsorgstjenesten
2. Innbygger får presentert de viktigste og nyeste helsedataene i en enkel helseoversikt (Dashbord)
3. Innbygger kan inkludere data fra eget utstyr i sin helseoversikt

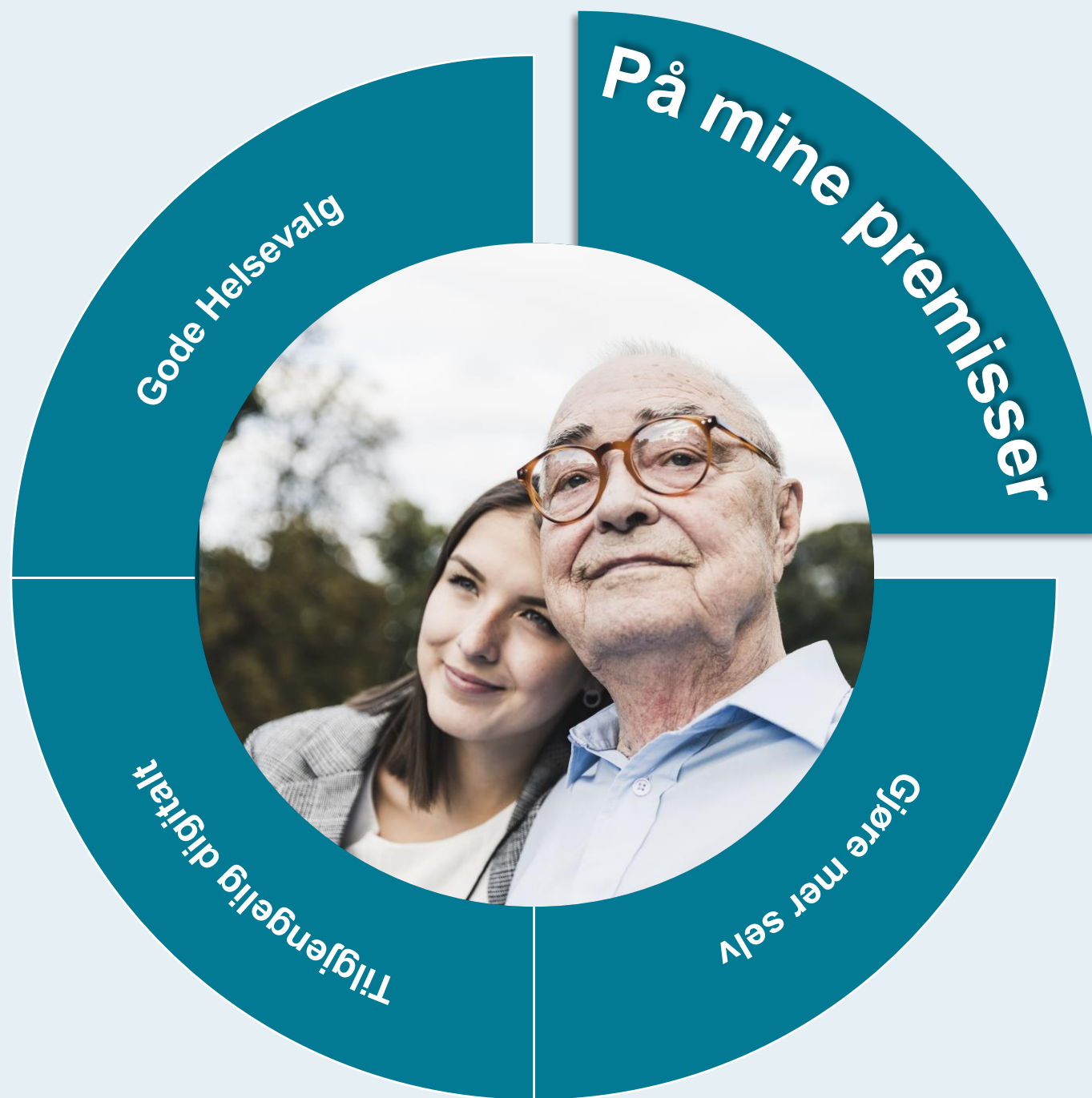
Jeg får informasjon tilpasset meg og mine helseutfordringer!

4. Innbygger får informasjon som er relevant ut fra sin helsesituasjon
5. Innbygger varsles om viktig informasjon (smittevern, vaksiner til utsatte grupper, beredskapsmeldinger) (massevarsling til enkeltgrupper)
6. Informasjonen innbygger får er oppdatert og av høy kvalitet
7. Innbygger får informasjon om relevante helsekampanjer

Jeg har gode mestringsverktøy som veileder meg til å ta gode helsevalg og som gjør at jeg føler meg trygg!

8. Digitale helse og omsorgstjenester har innebyggede mestringsverktøy som veileder innbygger til å ta gode helsevalg (fx. Prøvene viser dette da bør du gjøre disse tiltakene)
9. Innbygger får samvalgs- og mestringsverktøy basert på helsestatus og helseutfordringer.
10. Innbyggers egenbehandlingsplan gir råd om tiltak innbygger selv kan iverksette





På mine premisser – Innbyggers behov

«Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet»

*«Innbygger har enkle og brukervennlige digitale verktøy, selvbetjeningsløsninger
...mulighet for å tilpasse når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres.
...gi samtykke og fullmakter»*

[Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren - ehelse](#)

Jeg får hjelp til å ivareta rettighetene mine og det er enkelt å gi og trekke tilbake fullmakter og samtykker som brukes av helsetjenesten

Jeg kan i stor grad tilpasse hvor og når helse- og omsorgstjenester utføres

Jeg kan fornye resepter og hente ut medisiner og bestille vaksiner når jeg har behov for det



På mine premisser -Resultatmål



Jeg får hjelp til å ivareta rettighetene mine og det er enkelt å gi og trekke tilbake fullmakter og samtykker som brukes av helsetjenesten

Jeg kan i stor grad tilpasse hvor og når helse- og omsorgstjenester utføres

Jeg kan fornye resepter og hente ut medisiner og bestille vaksiner når jeg har behov for det

11. Rettigheter er bygget inn i de digitale helse og omsorgstjenestene og innbygger blir tilbudt nye tjenester når en rett trigges.
12. Innbygger registrerer pårørende og gir dem rettigheter og fullmakter knyttet til h*ns helsehjelp
13. Innbygger kan enkelt gi og trekke tilbake samtykker til kliniske studier og forskning

14. Innbygger kan bestille, flytte og avlyse avtaler
15. Innbyggers behov ligger til grunn for oppfølging (Brukerstyrt poliklinikk)
16. Innbygger kan i økende grad velge å behandles og følges opp hjemme

17. Innbygger kan fornye av resept digitalt
18. Innbygger kan hente ut medisiner i andre europeiske land
19. Innbygger kan gi fullmakt til å hente ut medisiner til sine nære
20. Innbygger kan se vaksinasjonsstatus og bestille time for vaksinasjon
21. Innbygger kan dele internasjonalt vaksinasjonskort





Gjøre mer selv –Innbyggers behov

«Bærekraftig helsetjeneste og rettferdig ressursbruk»

*«Innbygger har oversikt og enkle og brukervennlige digitale verktøy, selvbetjeningsløsninger
...enkel kommunikasjon og mer effektiv håndtering av selvrapportering og selvmonitorering
...gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet »*

[Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren - ehelse](#)

Jeg har oversikt over min behandlings- og egenbehandlingsplan og tiltak jeg skal gjøre selv

Jeg har enkle hjelpemidler som hjelper meg i hverdagen, gir trygghet og som gir mine nærmeste og helsepersonell informasjon om hvordan jeg har det

Jeg har gode verktøy som gjør det enkelt å rapportere til og kommunisere med helsetjenesten

Jeg kan selv gjennomføre enkle habiliterings-, rehabiliterings- og behandlingsprogram hjemme



Gjøre mer selv -Resultatmål



Jeg har oversikt over min behandlings- og egenbehandlingsplan og tiltak jeg skal gjøre selv

22. Innbyggers behandlings- og egenbehandlingsplan er tilgjengelig og oppdatert
23. Innbygger varsles om og motiveres til å gjennomføre tiltak

Jeg har enkle hjelpemidler som hjelper meg i hverdagen, gir trygghet og som gir mine nærmeste og helsepersonell informasjon om hvordan jeg har det

24. Velferds- og helseteknologien innbygger bruker er koblet sammen med Helsenorge og/eller fagsystemene til helsepersonell
25. Innbygger kan dele relevante helsedata med behandler og annet helsepersonell

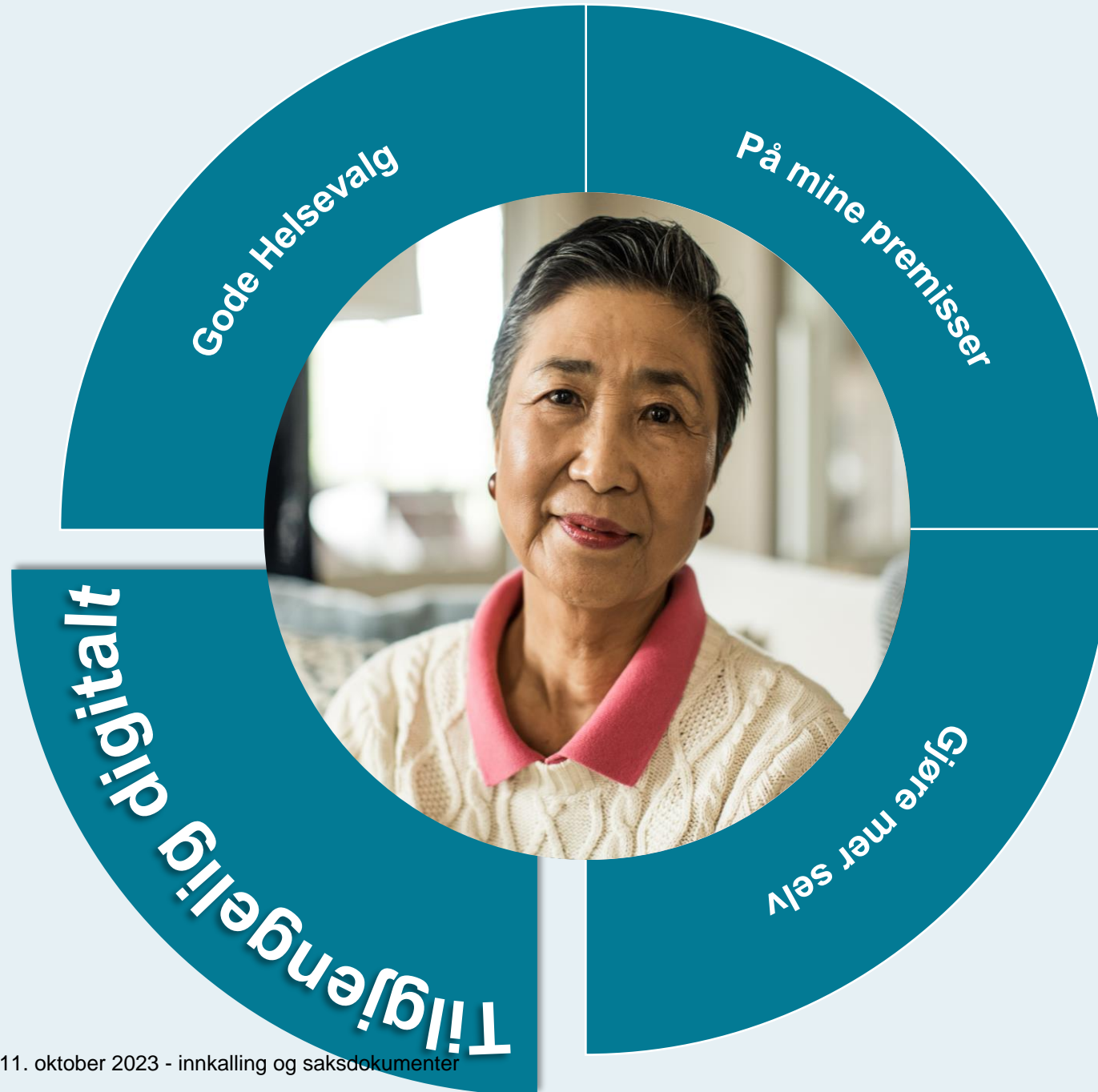
Jeg har gode verktøy som gjør det enkelt å rapportere til og kommunisere med helsetjenesten

26. Innbygger har oversikt over sine helsekontakter
27. Innbygger har oversikt over all kommunikasjon og oppgaver fra helsetjenesten på Helsenorge
28. Helseapper som innbygger bruker til å rapportere til og kommunisere med helsetjenesten er koblet sammen med Helsenorge
29. Innbygger veiledes til å bruke digitale helse og omsorgstjenester riktig

Jeg kan selv gjennomføre enkle habiliterings-, rehabiliterings- og behandlingsprogram hjemme

30. Innbygger kan i større grad velge internettveiledet behandling som supplement til eller erstatning for tradisjonell behandling
31. Helseapper motiverer innbygger til å gjennomføre behandling hjemme





Tilgjengelig digitalt – Innbyggers behov

**«God helse og mestring i befolkningen,
uavhengig av sosial bakgrunn»**

*«... en sammenhengende, likeverdig og
bærekraftig helse- og
omsorgstjeneste»*

[Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren - ehelse](#)

Jeg har tilgang til digitale helse og omsorgstjenester for meg selv eller mine nære

Jeg kan bruke digitale helse og omsorgstjenester

Jeg har tilgang til det samme digitale tjenestetilbudet som andre med tilsvarende utfordringer andre steder i landet.



Tilgjengelig digitalt -Resultatmål



Jeg har tilgang til digitale helse og omsorgstjenester for meg selv eller mine nære

Jeg kan bruke digitale helse og omsorgstjenester

Jeg har tilgang til det samme digitale tjenestetilbudet som andre med tilsvarende utfordringer andre steder i landet.

- 32. Alle innbyggere over 16 år har tilgang til digitale helse- og omsorgstjenester
- 33. Foreldre og fosterforeldre har tilgang til tjenester på vegne av barn de har ansvar for
- 34. Barn og unge mellom 12 og 16 år har tilgang til relevante digitale helsetjenester
- 35. Redusere digitalt utenforskap (tverrsektorielt)

- 36. Alle innbyggertjenester er universelt utformet og tilpasset brukernes behov
- 37. Innbyggertjenestene er tilgjengelig på flere språk
- 38. Opplæring og veiledning er lett tilgjengelig

- 39. Oversikt over tjenestetilbud er lett tilgjengelig og søkbart
- 40. Helsetjenesten tilbyr likeverdige tjenester i hele landet



Innspill ønskes!

- Er brukerbehovene som kommer frem i «Snakkeboblene» dekkende for de behov som dere har fått meldt inn i spesialisthelsetjenesten?
- Er det noe som mangler?
- Reflekterer resultatmålene (nummerert) mål/effekter/gevinster som er identifisert i spesialisthelsetjenesten?
- Er det noe som mangler?
- Er det noen målområder som dere mener er viktigere å prioritere enn andre?

Takk for oppmerksomheten 😊

Vibeke.Iren.Herikstad@ehelse.no områdeansvarlig Aktiv innbygger

Inger.Anette.Finrud@ehelse.no avdelingsdirektør innbyggertjenester

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Janny Helene Aasen

Dato:
3.10.2023

RBU-sak 87-2023

Internrevisjon for 2024-2025 - innspill til plan

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg foreslår at det gjennomføres internrevisjon innen følgende temaer i perioden 2024-2025:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Formål

Regionalt brukerutvalg (RBU) inviteres til å gi innspill om temaer som ønskes tatt inn i revisjonsplanen for perioden 2024-2025. Dette kan også omfatte resterende temaer fra inneværende planperiode. Det er ønskelig at innspillene er basert på risiko-betraktninger, ses i lys av Helse Nord RHF's pågående utredning om funksjons- og oppgavedeling og er begrunnet ut fra et pasient- og pårørendeperspektiv.

Innledning/bakgrunn

Internrevisjonen i Helse Nord RHF er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i alle helseforetakene i helseforetaksgruppen, jf. helseforetakslovens § 37a. Internrevisjonen er organisert under styret i Helse Nord RHF, og har som oppgave å evaluere og bidra til forbedringer i det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. Internrevisjonen gjennomfører revisjonene med utgangspunkt i toårsplan vedtatt av styret i Helse Nord RHF. Utkast til plan settes opp basert på en samlet vurdering og prioritering av innspill fra ulike interessenter og internrevisjonens egne vurderinger. Planen rulleres årlig, og revisjonsplanen for 2024-2025 skal vedtas av styret i desember i år. Ved rulleringen blir det alltid vurdert om gjenstående temaer skal videreføres eller tas ut, i tillegg til at nye temaer tas inn i planen.

Til orientering vedlegges gjeldende toårsplan (2023-2024), med kort angivelse av status for de enkelte temaer, samt internrevisjonens årsrapport for 2022. Rapporter fra gjennomførte revisjoner kan leses [her](#).

Konklusjon

Internrevisjonen oppfordrer RBU til å prioritere de tre viktigste innspillene til revisjonstemaer i 2024-2025, ut fra risiko, pågående utredningsoppdrag og pasient- og pårørendeperspektiv.

Vedlegg:

1. Plan for internrevisjon 2023-2024, med status per september 2023
2. Årsrapport Internrevisjonen 2022

Plan for internrevisjon 2023-2024, med status per september 2023

I Instruks for internrevisjonen i Helse Nord RHF, pkt. 5.2, stilles følgende krav til planleggingen av internrevisjonens arbeid: *Internrevisjonen skal utføre arbeidet i henhold til en toårig revisjonsplan basert på risiko- og vesentlighetsbetraktninger, som rulleres årlig. Revisjonsplanen forelegges administrerende direktør for uttalelse, behandles i revisjonsutvalget og vedtas av styret.*

Styret i Helse Nord RHF vedtok i sak 189-2022 følgende plan for internrevisjon 2023-2024:

	Tema	Formål	Status
1	Registreringspraksis i DIPS	Kartlegge om foretakene har en styring og kontroll med sin registreringspraksis i DIPS som gir pålitelig datagrunnlag for rapportering om ventetider og fristbrudd innen somatisk virksomhet. ¹⁾	Pågår
2	Pakkeforløp kreft mellom foretak	Bekreftede at kreftpakkeforløpene er lagt opp slik at pasientene er likestilte, uavhengig av foretakstilhørighet, og at det ikke går unødvendig tid ved overganger mellom foretak.	Ikke startet
3	Ressursstyring på sengepost og poliklinikk	Bekreftede at sykehusforetakene har styring og kontroll med at ressursbruken på sengeposter og poliklinikker samsvarer med vedtatte budsjett og plantall.	Ikke startet
4	Beredskap ved bortfall av pasientrettede IKT-systemer	Bekreftede at sykehusforetakene har en egnet beredskap ved bortfall av pasientrettede IKT-systemer, jf. Helsetilsynets rapport 2021.	Ikke startet
5	Rekruttere og beholde personell	Bekreftede at Helse Nord RHF har styring og kontroll med gjennomføring av strategiske grep og tiltak for rekruttering og stabilisering.	Ikke startet
6	Smittevern og antibiotika	Bekreftede at foretaket arbeider aktivt for å forebygge antibiotika resistens, herunder sørger for at helsepersonell gjennomfører nødvendig opplæring om smittevern og bruk av antibiotika, og at forbruket av bredspektrert antibiotika er i samsvar med nasjonal faglig retningslinje.	Ikke startet

1) Formålet ble endret ved oppstart av revisjonen.

INTERNREVISJONENS ÅRSRAPPORT FOR 2022

1) Innledning

a) Internrevisjonens plass i organisasjonen, organisasjonsmessig uavhengighet

Internrevisjonen er funksjonelt underlagt styret i Helse Nord RHF. Styret har oppnevnt et revisjonsutvalg med formål å styrke styrets fokus på virksomhetsstyring, tilsyn og kontroll i foretaksgruppen, blant annet ved å se etter at Helse Nord har en uavhengig og effektiv internrevisjon. Administrativt er internrevisjonen organisert under adm. direktør.

b) Formål med internrevisjonens arbeid

Formålet med internrevisjonens arbeid fremgår av pkt. 1 i internrevisjonens instruks: *Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Nord RHF evaluere og bidra til forbedringer i det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.*

Oppgaven utdypes i instruksens kap. 4, hvor pkt. 4.1 er sentralt:

Internrevisjonen skal evaluere det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. I dette ligger bl.a. å se etter at risikostyring og internkontroll er tilpasset risikoen i foretaksgruppen og bidrar til å sikre

- *målrettet og kostnadseffektiv bruk av ressurser*
- *pålitelig rapportering av økonomiske data og andre virksomhetsdata*
- *etterleving av regelverk, eierkrav og øvrige kvalitetskrav.*

Internrevisjonen har også en rådgiverfunksjon, beskrevet i instruksens pkt. 4.2:

Internrevisjonen skal gi uavhengige og objektive uttalelser, råd og veiledning for å bidra til forbedringer i foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.

2) Personalressurser

Bemanningen i internrevisjonen har i 2022 bestått av tre årsverk, hvorav ett vikariat i 100 % stilling. Vikar er ansatt i fast stilling fra og med desember 2022. Avdelingen har i tillegg hatt én ansatt på timebasert arbeidsavtale frem til 30. juni 2022.

3) Internrevisjonens arbeid

Internrevisjonen har tre hovedoppgaver: å utføre bekreftelsesoppgaver (revisjon) i foretaksgruppen, yte rådgivning i foretaksgruppen, og ivareta sekretærfunksjon for revisjonsutvalget. I tillegg ivaretas oppgaven som internrevisjon for Sykehusinnkjøp HF. Arbeidet i Helse Nord i 2022 kan oppsummeres slik:

a) Bekreftelsesoppgaver:

Internrevisjonen arbeider ut fra styrevedtatte toårsplaner som rulleres årlig. Planen for 2022-2023 ble vedtatt av styret i sak 169-2021 og inneholdt seks bekreftelsesoppdrag. I tillegg ble det i styresak 117-2022, pkt. 9, besluttet å omprioritere plan for internrevisjon «(...) slik at internrevisjonen kan prioritere å gjennomgå og bidra til å vurdere omstillingsprosessene i helseforetakene». Ett av oppdragene fra plan 2021-2022, *Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer – 06/2021*, ble styrebehandlet den 23. februar 2022. Oppdraget *Virksomhetsstyring i Helse Nord – 01/2022*, ble styrebehandlet den 28. september 2022. Oppdraget *Registreringspraksis i DIPS* ble planlagt og var klart for overgang til gjennomføringsfasen på tidspunktet for beslutning om endring av plan for internrevisjon. Oppdraget *Sykehusforetakenes gjennomføring av omstillingstiltak* er i ferdigstillelsesfasen. Status for oppdragene i revisjonsplanen er oppsummert under:

Nr	Plan 2022-2023: Tema	Gjelder særlig mål nr. *	Status gjennomføring og styrebehandling	Status styrets videre oppfølging
	Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer	3	Fullført, rapport 06/21. Styresak 17/2022	Under oppfølging
1	Virksomhetsstyring	Alle	Fullført, rapport 01/22. Styresak 123/2022	Under oppfølging
2	Gjennomføring av omstillingstiltak	5	Pågår	
3	Registreringspraksis i DIPS	1	Videreført i plan 2023-2024	
4	Kontinuerlig forbedring av pasientforløp	3 og 4	Ikke videreført i plan 2023-2024	
5	Opplæring i legemiddelhandtering	3 og 4	Ikke videreført i plan 2023-2024	
6	Innleie av helsepersonell	5	Ikke videreført i plan 2023-2024	
7	Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	3	Ikke videreført i plan 2023-2024	

* Mål: Refererer til Helse Nords overordnede mål for planperioden, jf. styrevedtatt *Økonomisk langtidsplan for Helse Nord 2022-2025*:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

I tillegg har internrevisjonen tatt med følgende mål i forbindelse med risikovurderingen:

4. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.
5. Innfri de økonomiske mål i perioden.
6. Etterlevelse av gjeldende regelverk.

Kort beskrivelse av fullførte oppdrag i 2022:

1. Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord – 06/2021

Internrevisjonen konkluderte i revisjonen med at det ikke er etablert en helhetlig styring og kontroll i Helse Nord, verken med implementeringen av nasjonale helsefaglige retningslinjer, eller med at beslutninger i *Beslutningsforum for nye metoder* blir kommunisert og iverksatt. Slik styring og kontroll framstår både som fragmentert, lite systematisert og lite formalisert. Personell i klinisk virksomhet er opptatt av at retningslinjer skal følges og at avvik skal begrunnes, men mangelfull styring og kontroll medfører en risiko for at helsetjenester i regionen ikke ytes i samsvar med det myndighetene anser som god faglig praksis.

Internrevisjonen ga derfor anbefalinger til Helse Nord RHF blant annet om å:

- stille formelle krav til helseforetakene om implementering og etterlevelse av nasjonale helsefaglige retningslinjer,
- gjøre konkrete vurderinger av behovet for regionale implementeringstiltak,
- systematisere oppfølgingen av foretakenes resultater i medisinske kvalitetsregistre,
- sørge for periodiske evalueringer av om retningslinjer etterleves,
- samt å sørge for at rettidig håndtering ved behov for regionale beslutninger.

I tillegg ble det gitt anbefalinger til sykehusforetakene om oppfølging av at nasjonale helsefaglige retningslinjer er implementert.

2. Virksomhetsstyring i Helse Nord – 01/2022

Internrevisjonens konklusjon var at virksomhetsstyringen i de enkelte helseforetakene i Helse Nord i stor grad samsvarer med regelverk og anerkjente rammeverk. Helheten i virksomhetsstyringen i regionen har likevel forbedringspotensial, særlig innen områdene struktur og gjennomføring. Internrevisjonen ga derfor anbefalinger om forbedringstiltak for å øke modenheten i virksomhetsstyringen. Økt modenhet kan styrke evnen til å gjennomføre strategier og innfri mål.

Også i denne revisjonen ble de fleste anbefalingene gitt til Helse Nord RHF, men hvert av de underliggende helseforetakene fikk også én til tre anbefalinger.

Alle internrevisjonens rapporter legges fortløpende ut på [Helse Nord RHF's hjemmeside](#).

b) Rådgivningsoppgaver:

Internrevisjonen ivaretar sin rådgivningsfunksjon primært gjennom anbefalinger i revisjonsrapporter, besvaring av fagspørsmål og innlegg/presentasjoner.

Internrevisjonen har i 2022 gitt råd i forbindelse med gjennomføring av regionale sikkerhetsrevisjoner og oppdatering av retningslinjer for risikostyring. I tillegg har revisjonssjef deltatt i Helse Nord RHF's komité som har jobbet med kulturutvikling. Tidligere ansatt har i regi av Helse Nord RHF presentert *IAs Modenhetsmodell for virksomhetsstyring* under IIA Norges årskonferanse den 8. juni.

c) Sekretariat for revisjonsutvalget:

Internrevisjonen er sekretariat for revisjonsutvalget i Helse Nord RHF. Funksjonen ivaretas av revisjonssjef med bistand fra nestleder, og går blant annet ut på å sette opp saksliste i samarbeid med utvalgets leder, forberede sakene og presentere dem i møtene.

I tillegg ivaretar internrevisjonen de praktiske sidene rundt møteavviklingen, skriver protokoll og sørger for arkivering. Revisjonsutvalget har ansvar for å følge opp den eksterne revisjonens arbeid, jf. instruks for styrets revisjonsutvalg pkt. 4 C. Det er ekstern revisor selv som presenterer revisjonens utførelse og vesentlige forhold knyttet til foretaksgruppens årsregnskap, uten internrevisjonens involvering.

Revisjonsutvalget avholdt seks møter i 2022, hvorav alle ble gjennomført digitalt. Revisjonssjef og begge internrevisjonens øvrige medarbeidere har deltatt i alle møtene.

4) Samarbeid og kontakter

Revisjonssjefen møter i utvidet ledergruppe i Helse Nord RHF en gang i måneden. Revisjonssjefen er også til stede i styremøtene i Helse Nord RHF.

Internrevisjonen har i 2022 deltatt i ledergruppemøter i fem av helseforetakene, for å diskutere risikobildet på kort og lang sikt, samt aktuelle temaer for fremtidige revisjoner. Møtet med Helse Nord IKT ble avlyst i 2022 på grunn av møtekollisjon.

Kontakt og samarbeid med relevante fagmiljøer er viktig, og foregår bl.a. slik:

a) RHF-internrevisorforum

Det er etablert et forum hvor alle de ansatte i de fire regionale helseforetakenes internrevisjoner utveksler erfaringer og drøfter faglige og praktiske spørsmål. I mai møttes internrevisjonene i en to-dagers samling i Meråker. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge var arrangør. Ulike faglige temaer ble presentert og diskutert. I oktober ble det avholdt dagsmøte på Gardermoen. Her orienterte de enkelte regionene om gjennomførte revisjoner og om aktuelle revisjonstemaer for 2023-2024. Mulighetene for å gjennomføre felles revisjonstemaer ble også diskutert. Det er i tillegg avholdt egne møter for revisjonssjefene der aktuelle temaer ble diskutert.

c) Regionalt internrevisjonsnettverk i Helse Nord:

Internrevisjonen i Helse Nord RHF leder et internrevisjonsnettverk i foretaksgruppen, hvor mandatet går ut på utveksling av erfaringer og informasjon, kompetanseheving og samordning av revisjonsaktiviteter på de ulike nivåer i Helse Nord. Det er gjennomført to møter i 2022, begge digitalt. Første møte var i januar og omhandlet rammene for en regional fagdag om interne revisjoner. Andre møte var i oktober, hvor aktuelle temaer for internrevisjonens plan for 2023-2024 ble diskutert.

Fagdagen, *Interne revisjoner – struktur i planlegging og utførelse*, ble gjennomført i Bodø i juni og samlet 28 deltakere fra foretakene i regionen og 2 gjestedeltakere fra Akershus universitetssykehus. Internrevisjonen, i samarbeid med deltakere i regionalt internrevisjonsnettverk, var arrangør.

d) Revisorforeninger:

De ansatte i internrevisjonen er medlemmer av IIA Norge. Revisjonssjefen er også medlem av Revisorforeningen. Medlemskapene gir tilgang til faglig oppdatering, kurs, tidsskrifter og annen faglitteratur.

e) Nord universitet:

Revisjonssjefen har i mars 2022 holdt en 2,5 times forelesning på Nord universitet i Bodø under tittelen *Internal Audit – As a profession and in Health Sector*. Denne årlige forelesningen bidrar til et samarbeid med universitetet innen fagområdet risikostyring.

f) Andre kontaktpunkter:

Internrevisjonen legger vekt på å ha god kontakt med Helse Nord's eksterne revisor (BDO), Riksrevisjonen og ulike tilsynsmyndigheter. Slike kontakter er bl.a. viktig for å oppnå en best mulig ressursutnyttelse, bli oppmerksom på risikoområder og unngå overlappende revisjons-/kontrollarbeid. Revisjonssjefen deltok i det faste, årlige møtet mellom Riksrevisjonen og RHF-enes internrevisjoner i Oslo i oktober. Det ble gjennomført møte mellom ekstern revisor og internrevisjonen i begynnelsen av november, hvor risikobildet, aktuelle revisjonstemaer, nye lovgivninger, i tillegg til at kontrollmiljøet i foretaksgruppen, ble diskutert.

g) Ekstern evaluering:

Det er i 2022 gjennomført en ekstern evaluering av internrevisjonen, i samsvar med krav i de internasjonale standarder for internrevisjon. De fire regionene har samarbeidet om en felles anskaffelse av den eksterne evalueringen, men med rapportering til den enkelte region. Evalueringen gjennomføres av PwC, og den er ved årsskiftet i analyse- og rapporteringsfase for internrevisjonen i Helse Nord RHF. Formålet med evalueringen er å bidra til forbedring av internrevisjonstjenesten. Den skal både kunne gi innspill om forbedringstiltak til internrevisjonen selv, men også bekrefte overfor ledelse og styre at internrevisjonen utøver sitt virke i overensstemmelse med internasjonale standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

5) **Faglig oppdatering og utvikling**

Det følger av instruksene at internrevisjonen i Helse Nord RHF skal ha høy revisjonsfaglig kompetanse. En ansatt er diplomert internrevisor og en er statsautorisert revisor.

Alle ansatte i internrevisjonen deltok på IIA Norges årskonferanse i Oslo i juni. Ansatte fra internrevisjonen har også deltatt på diverse digitale konferanser, eksempelvis om pasientsikkerhet, revisjon av informasjonssikkerhet og utvikling av de internasjonale standardene for internrevisjon, webinarserie om risikostyring, samt faglig oppdatering via Revisorforeningen.

I tillegg til faglig utvikling via kurs, jobber internrevisjonen kontinuerlig med utvikling av metodikk og arbeidsprosesser. For revisjonene som er fullført i 2022 er det gjennomført både separate egevalueringer og «kundeevalueringer». Det er også gjennomført egevaluering i samsvar med IIA-standardene, som del av interne fagdager i mars/april. Forbedringstiltak ble besluttet iverksatt, og disse er gjennomført.

6) **Budsjett, ressursbruk**

Budsjettet for 2022 har gitt internrevisjonen nødvendig rom for å planlegge og gjennomføre arbeidet hensiktsmessig og effektivt. Internrevisjonen har drevet godt innenfor de gitte rammene. De positive erfaringene ved bruk av digitale møter og intervjuer er videreført og

har bidratt til lave reisekostnader også i 2022. Internrevisjonen har i 2022 ikke benyttet seg av eksterne konsulenter i revisjonsoppdragene, men har hatt konsulentutgifter knyttet til gjennomføring av ekstern evaluering av internrevisjonen.

a) Evaluering av konsekvenser av leveranse av eksterne internrevisjonstjenester

I sak 20/2019 ga revisjonsutvalget sin tilslutning til at det ble inngått avtale om levering av internrevisjonstjenester til Sykehusinnkjøp HF. Revisjonsutvalget ba i tillegg om at det foretas en årlig evaluering av konsekvensene for Helse Nord av tjenesteleveransene til Sykehusinnkjøp, som framlegges for revisjonsutvalget i forbindelse med internrevisjonens årsrapport. Internrevisjonen har i 2022 gjennomført og rapportert ett revisjonsoppdrag som internrevisor for Sykehusinnkjøp HF. All revisjonsaktivitet i form av oppstartsmøte, intervjuer, samtaler og oppsummeringsmøte har vært gjennomført digitalt, noe som har bidratt til effektivitet og stor grad av fleksibilitet. Internrevisjonen har kun benyttet egne ressurser til gjennomføringen av oppdraget, og all tidsbruk er blitt registrert. Revisjonssjefens vurdering er at gjennomføring av oppdraget ikke har hatt konsekvenser for internrevisjonen i Helse Nord.

7) **Oppsummering**

Internrevisjonen har i 2022 jobbet i henhold til vedtatt og omprioritert plan. Vi blir godt mottatt i hele foretaksgruppen og har et klart inntrykk av at det oppfattes som positivt at vi evaluerer internkontroll, risikostyring og virksomhetsstyring i regionen og yter faglig bistand. Vår opplevelse er at foretakene og de berørte medarbeiderne gjør sitt beste for å legge til rette for en effektiv gjennomføring av revisjonsoppdragene.

Internrevisjonens uavhengighet

Revisjonssjefen bekrefter med dette at Internrevisjonen i Helse Nord RHF er uavhengig og vurderer at revisjonsarbeidet er utført i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

Bodø, 11. januar 2023

Janny Helene Aasen

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
3.10.2023

RBU-sak 88-2023

Regionalt brukerutvalg 2022-2024 - egenevaluering

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF (RBU) vurderer på bakgrunn av egenevalueringen at driften av RBU har vært tilfredsstillende og i tråd med vedtatte retningslinjer.
2. Regionalt ber på bakgrunn av evalueringen administrasjonen være særlig oppmerksom på følgende ved oppnevning av RBU 2024-2026:
 - a. ...
 - b. ...
3. Regionalt brukerutvalg ber på bakgrunn av evalueringen administrasjonen vurdere følgende forbedringstiltak:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Formål:

Diskutere mulige forbedringstiltak for ivaretagelse av RBU og enkeltmedlemmene.

Beslutningsgrunnlag

RBU skal evaluere egen virksomhet minst én gang i løpet av funksjonsperioden. Evalueringen gjøres vanligvis ved hjelp av et digitalt spørreskjema. Svarene bearbejdes av administrasjonen og behandles som egen sak i RBU. Det ble sendt ut en egevaluering til RBU i juni 2023, som ble besvart av alle medlemmer og varamedlemmer i RBU.

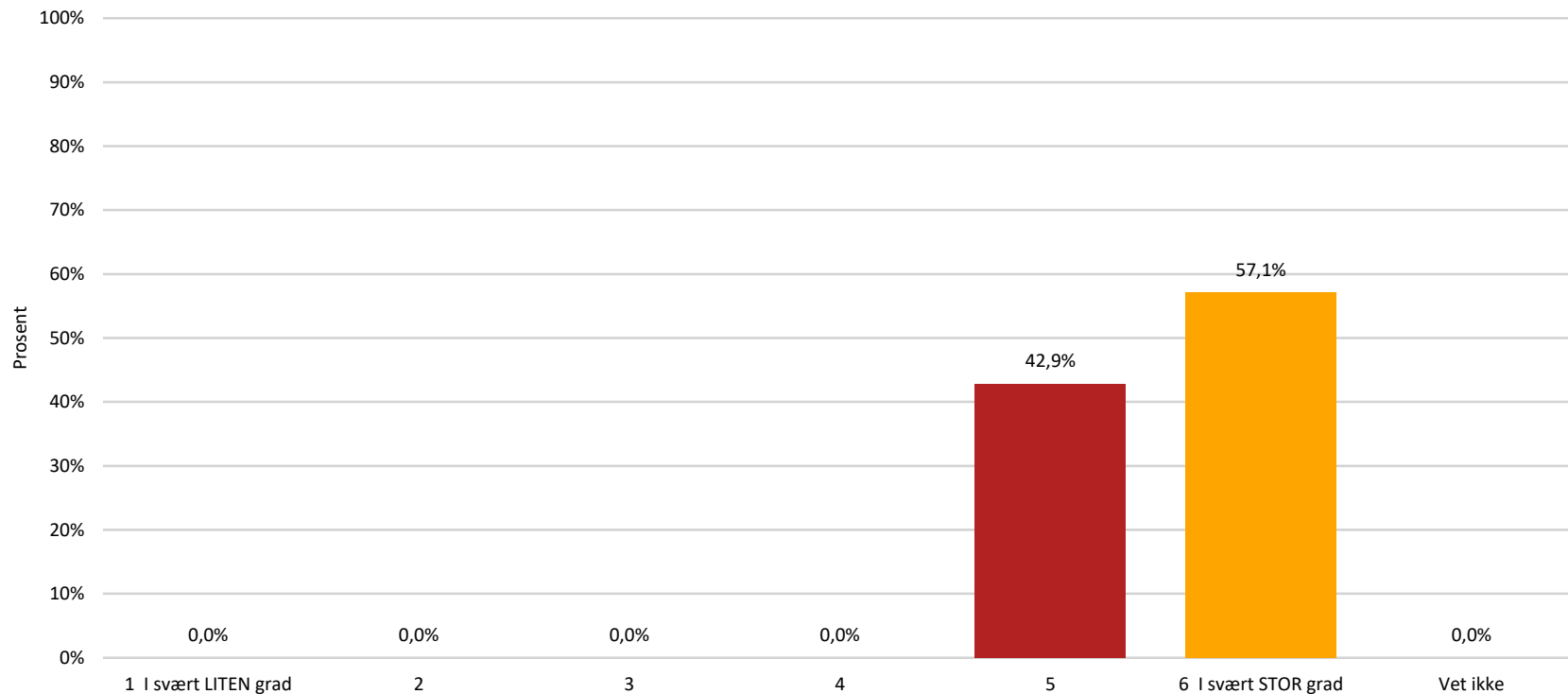
Tema i egevaluering omhandlet blant annet kompetanse, sammensetning og samarbeid i RBU, gjennomføring av møter, samarbeid med administrasjonen, oppfølging av saker, samt kvalitet på sakspapirer og protokoller. Besvarelsen fra spørreundersøkelse vedlegges saken.

Konklusjon

Regionalt brukerutvalg diskuterer forbedringstiltak for ivaretagelse av medlemmer i RBU, inkludert hensyn som bør tas ved rekruttering og opplæring av nye medlemmer.

Vedlegg: Egevaluering Regionalt brukerutvalg 2023

1. Har du klart for deg hva som er RBU sine oppgaver?



Eventuell kommentarer til spørsmål 1 - Har du klart for deg hva som er RBU sine oppgaver?

Svar

Ivareta brukernes behov, dvs. pasientenes og deres pårørende. Også god forskning er nødvendig i den grad forskningen tilfredsstillende gjeldene lover og regler og er til pasientens beste

Største utfordringen har vært å balansere et tydelig råd og anbefalingen uten å bli for detaljfokusert, men på et overordnet nivå for hele regionen. Tok sin tid, men opplever å ha en god forståelse for hva våre oppgaver er

2. Hvilke områder er det spesielt viktig at brukerrepresentanter har kunnskap om? Eksempelvis erfaring fra pasientorganisasjoner, erfaring fra brukermedvirkning på ulike nivå.

Svar

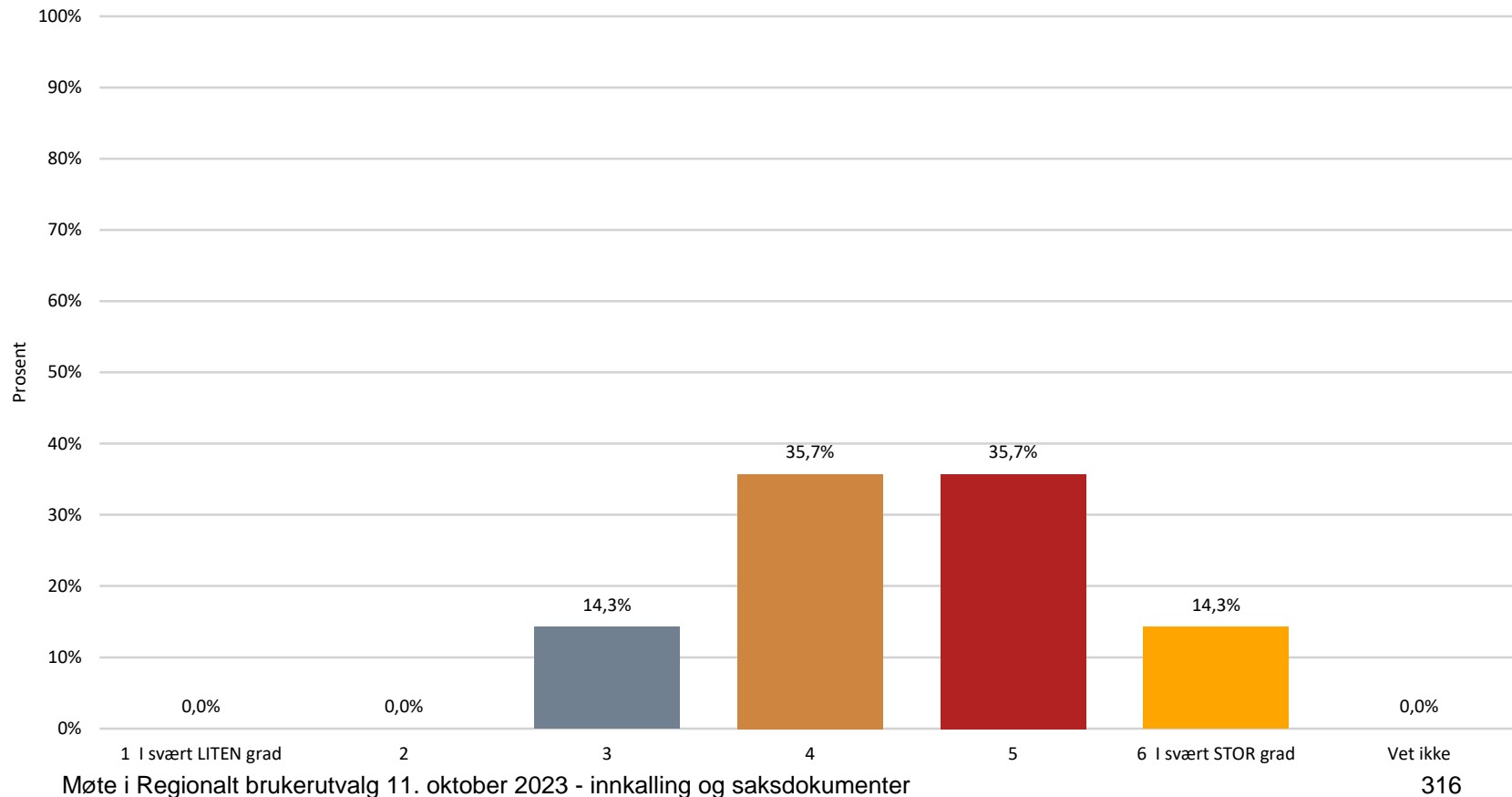
- Erfaring fra pasientorganisasjoner, og av egen vilje
- Både erfaring fra pasientorganisasjoner og erfaringsbasert bakgrunn!
- Begge deler
- Erfaring fra brukerorganisasjoner er viktig. Men også minoriteters behov som ikke har en brukerorganisasjon å støtte seg på. Et eksempel på det er den samiske minoritetens behov; hvor god kommunikasjon er viktig. Det gjelder både den verbale og nonverbale kommunikasjonen som innebærer at en kulturforståelse legges til grunn i kontakten med pasient og pårørende. RBUs medlemsmasse må derfor "speile" disse behovene gjennom sin representasjon
- I RBU er det viktig at brukerrepresentantene er klar på sin rolle, at vi representerer alle brukere uansett grunnorganisasjon. Ikke bare den organisasjon vi selv kommer fra. Erfaring fra pasientorganisasjoner og viktig for å ha forståelse for jobben som skal gjøres. Erfaring fra brukermedvirkning er et pluss
- Nettverk i brukerorganisasjon er viktig for å kunne innhente informasjon og kunnskap fra relevante grupper i forbindelse med ulike saker. Et godt forankret nettverk i organisasjon gir også støtte til den enkelte og er viktig for å klare å stå i saker der det er stor uenighet
- Begge alternativer nevnt i spørsmålet, og på områder innen driften av sykehusene som angår pasientmassen direkte
- Det er absolutt en stor fordel med egen erfaring, enten som bruker/pasient eller pårørende. Samtidig en tett tilknytning til fagorganisasjonen, eventuelt paraplyorganisasjonen syns jeg bør settes større grad av forventning til. Det handler om kunnskap om fagfeltet, og muligheten til at man i større grad kan formidle erfaringer fra en bredere gruppe. Man kan ønske seg systemforståelse, men man må heller ikke stille alt for mange formelle krav slik at man mister de gode erfaringene i behandlingssystemet. Fortsatt prioritering av kurs fra helseforetak er en sterk anbefaling
- Erfaring fra pasient- og brukerorganisasjoner er viktig. For meg har et langt liv som helsearbeider vært enda viktigere
- Erfaring fra brukermedvirkning
- På områder hvor det tas avgjørelser som påvirker behandling av pasienter. Forskning, og mer eller mindre alle områder innen helsevesenet
- Viktig at vi som brukerrepresentanter har kjennskap til norsk helsetjeneste på ulike nivå. Erfaring fra pasientorganisasjoner, pårørendeerfaring, gjerne også i forhold til barn og unge, voksne og eldre
- Unges perspektivet, det helhetlige perspektivet slik som brukermedvirkning på systemnivå
- Vanskelig å si hva som er spesielt viktig, men erfaring fra pasientorganisasjoner og erfaring fra brukermedvirkning er veldig viktig. Det er også viktig å sette seg godt inn saker som skal behandles og gjerne søke støtte fra egen pasientforening

3. Er det noe spesielt du mener at opplæringen av RBU bør inneholde?

Svar

- Nei
- Ikke som jeg savner!
- Jeg synes informasjon har vært bra og i tillegg kan en lese om brukerutvalget i Helseloven
- Dette har jeg ingen spesiell formening om. Men antar at det må være noen generelle krav i bunnen. Helsevesenets "funksjon" er vel en del av dette
- Rolleforståelse. Hvilket nivå jobber vi på, ansvarsområde. Kan vi/hvordan spille inn saker
- Tydelighet på hvordan ulike roller den enkelte har skal forstås. Beskriving av brukermedvirkning på systemnivå og hvordan det skiller seg fra tjenesteutvikling. RBUs rolle opp mot styret og ut til de andre BUene
- Rolleavklaringer og forkortelsesforklaringer. Og så er det viktig å få inn i opplæringen at en representant representerer hele pasientmassen og ikke bare sin gruppe. Men at man kan ha spesialkompetanse innenfor temaer som omhandler sin gruppe
- Systemforståelse, organisering av virksomheten, som ofte kan være ulike blant de underliggende helseforetakene. Selv om bruker-, pasient- og pårørendeorganisasjonene har egne kurs om rollen som brukerrepresentant, så kan det være nyttig å se på et eget felles kursopplegg for RHF/HF i Norge. Det vil kunne styrke kvaliteten i brukerrepresentasjon nasjonalt
- En enklere måte å få dekket reiseutgifter/diett ville spart meg for frustrerende tid og tap av penger. Det burde settes av tid til felles drøfting i gruppen om hva som er viktig i arbeidet som representant for brukerne
- Foretaksloven og mandat for RBU
- Påpeking av viktigheten av generalisering. At man representerer alle brukere, og ikke sin spesielle organisasjon
- Kommunikasjon er viktig. Gjelder både hva vi uttrykker muntlig på møtene, men også at vi er gode lyttere og makter å ta imot det som formidles på møtene
- Hvordan representere, hva som er viktig, igjen å vite hva det er å være brukermedvirker på systemnivå
- Kanskje en enda «dypere» gjennomgang av organisasjonen til Helse Nord. Hvilke sykehus har vi, hvilket type sykehus er det, andre tilbud (Mental Helse) osv. Litt vanskelig å skaffe seg en god oversikt på egenhånd

4. Synes du RBU sin kompetanse og sammensetning er god nok i forhold til oppgavene med tanke på f.eks. geografisk spredning, kjønn, alder og erfaring?

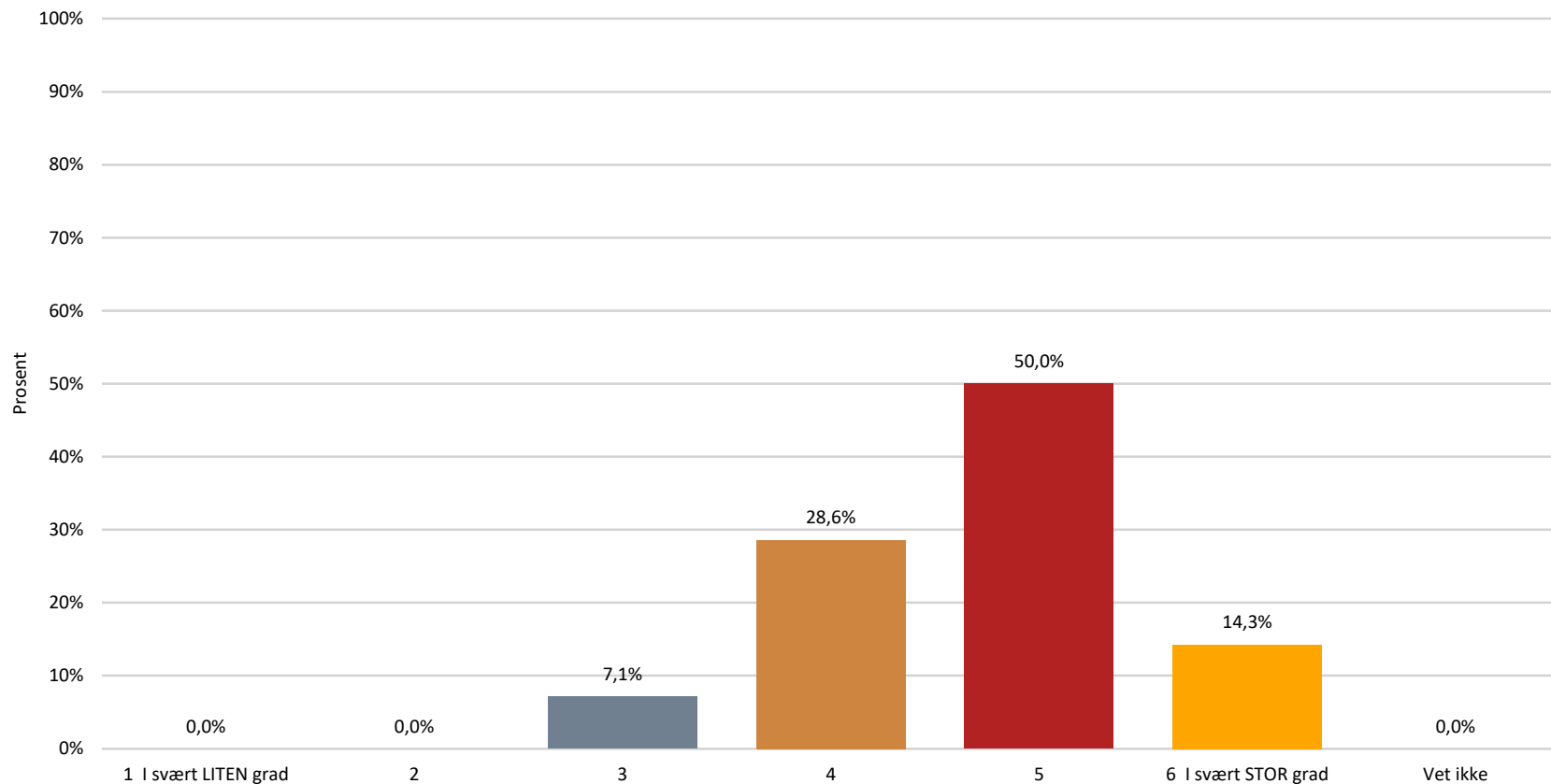


Eventuell kommentar til spørsmål 4 - Synes du RBU sin kompetanse og sammensetning er god nok i forhold til oppgavene med tanke på f.eks. geografisk spredning, kjønn, alder og erfaring?

Svar

- Ja det synes jeg
- For Helse Nords virke er det avgjørende at det minimum er én fast samisk representant - og oppnevningen av denne bør tilligge Sametinget. Dette for å respektere nasjonale og internasjonale lovverk og konvensjoner angående urfolk
- Det er for få unge, og for få pårørenderepresentanter. For mange har yrkeserfaring fra helsevesenet, vi risikerer å ha altfor høy helsekompetanse
- Jeg synes vi er godt representert, men savner representasjon fra andre minoritetsgrupper enn bare den samiske. Dette er jo en voksende gruppe med tanke på flyktninger og andre innvandringsgrupper. Og jeg mener man burde kunne finne representasjon fra flerkulturelle organisasjoner eller flerkulturelle råd innad i kommunene. Jeg ser dette som viktig med tanke på store kultur- og religionsforskjeller i gruppene, som burde hatt en stemme inn i helseforetakene
- Nokså utfordrende å finne yngre medlemmer, noe som også henger sammen med organisasjonenes evne til å rekruttere yngre medlemmer. Jeg tror man i fremtiden, i likhet med rusfeltet, må be om at organisasjoner innen psykisk helse skal ha en sikret plass i RBU. Dette bør sterkt vurderes
- Vurderingen min er kanskje optimistisk i forhold til det vi får gjennomslag for. Og jeg er ikke overbevist om at vi burde få gjennomslag for mer. De muntlige tilbakemeldingene synes mer positive enn det er grunn til
- Sammensetningen erfaringsmessig synes jeg er ok, også den geografiske sammensetningen. Det som jeg ikke synes er like bra, er enkelte sin manglene deltakelse i diskusjonene
- Ja. Vi har ulik alder, vi har bosted over et stort område i Nord -Norge, vi har ulik arbeidserfaring og helseutfordringer. Noen av oss har også pårørendeerfaring, som omhandler både barn, voksne og eldre mennesker
- Flere yngre, minst to samiske representanter og yngre

5. Har vi en god nok arbeidsmåte i RBU?



Eventuell kommentar til spørsmål 5 - Har vi en god nok arbeidsmåte i RBU?

Svar

-
- Jada, vet ikke hva som kunne ha vært gjort annerledes

 - Det er viktig at alle møter legges fysisk til rette for at høytalere og kommunikasjon fungerer godt i forhold til digital deltakelse (på Teams)

 - Arbeidsmåten er bra, men tid i forhold til saksmengde er for liten. Dette gjelder både tida fra sakene sendes ut og tida i møte

 - Møtene er gode, men for lite tid til å diskutere godt gjennom sakene. Altfor dårlig tid til å skrive gode vedtak

 - Både ja og nei. RBU som kollegium har en utfordring, da man ikke legger opp til dialog mellom møtene blant medlemmene. Samtidig så mener jeg ansvaret den enkelte har til å sette seg inn i saken, og gå til sine "egne" for råd, fungerer i den grad den enkelte gjør den jobben

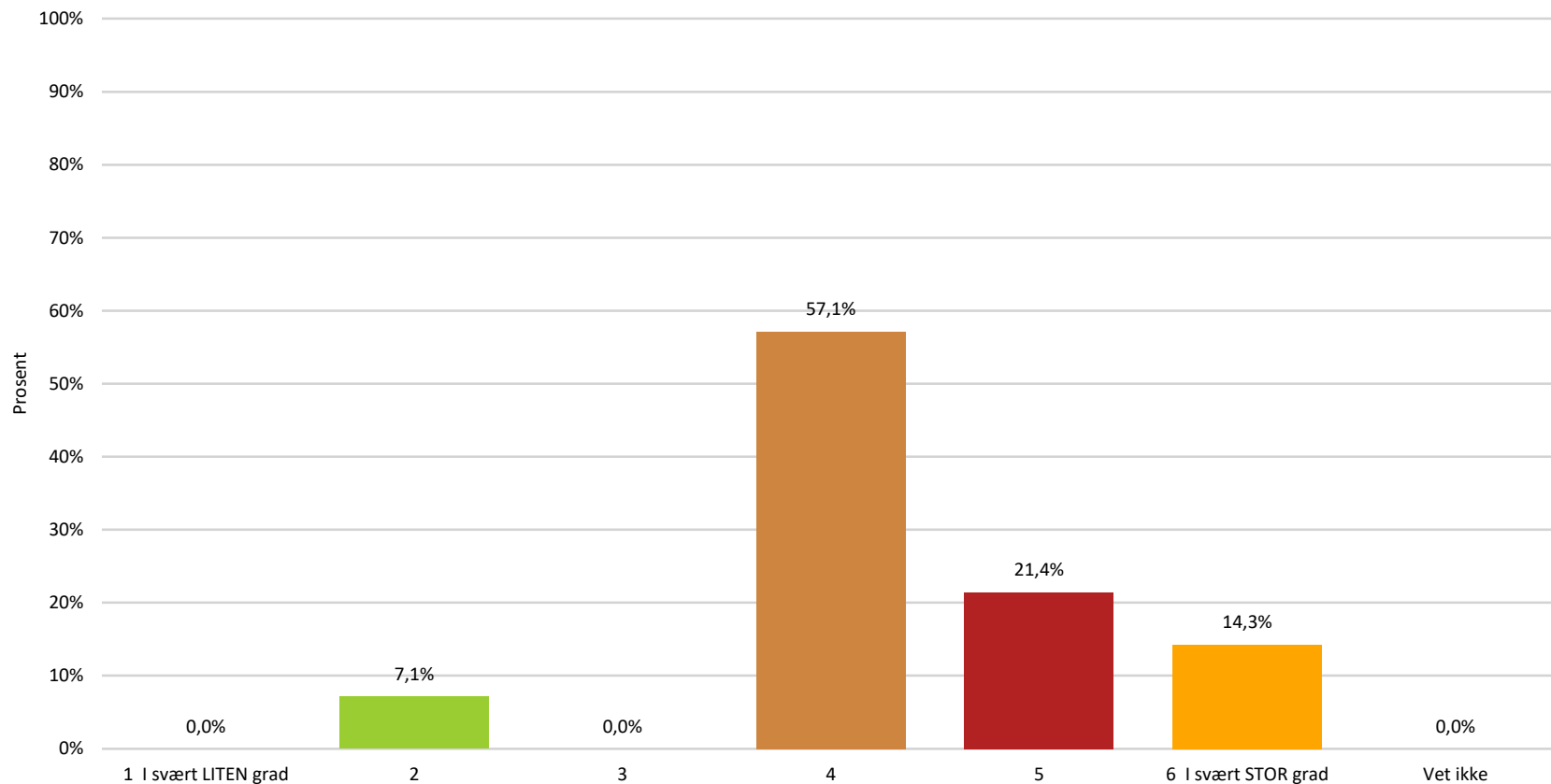
 - Mange av oss har vel problemer med å forholde seg til den svært store og også kompliserte saksmengden. Noen av oss har også mest fremmet meninger som samsvarer med det organisasjonene (*her ser det ut til at noe av teksten falt ut*)

 - Føler den er blitt svært mye bedre de siste årene, med god involvering i sakene før de skal opp i styremøte til Helse Nord RHF. Samtidig er det mye belastning på enkelte medlemmer, mens andre nærmest ikke deltar på noe

 - Tror/mener at vi bør diskutere noen saker bedre/mer, også sammen med personer som kan besvare spørsmål og skape bedre forståelse for de valg som nå er nødvendig

 - Må kunne ha bedre tid på selve møtene. Grundige diskusjoner
-
-
-

6. Blir sakene i RBU behandlet på en tilfredsstillende måte internt i RBU mht. forberedelser og mulighet for diskusjon?

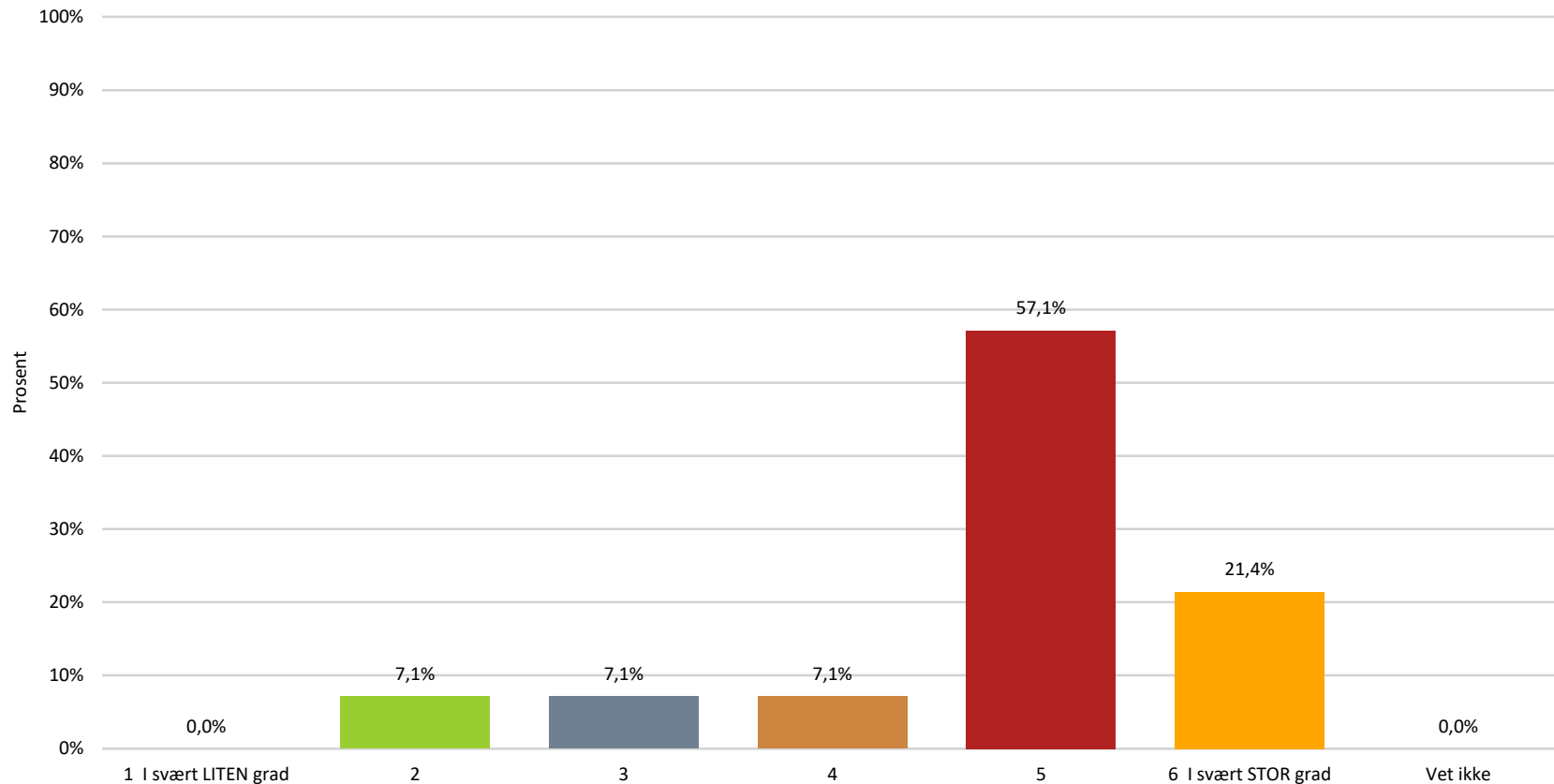


Eventuell kommentar til spørsmål 6 - Blir sakene i RBU behandlet på en tilfredsstillende måte internt i RBU mht. forberedelser og mulighet for diskusjon? Beskriv eventuelle forbedringsområder.

Svar

- Synes når det er veldig «tunge saker» så bør det være rom for mer diskusjon
- Jeg har opplevd at sakene har hatt bra forberedelser og på møtene har det vært gode diskusjoner
- I forhold til store saksmengder og mye sakspapirer kan det til tider være svært vanskelig å sette seg godt nok inn i ulike saker. Personlig synes jeg derfor det har vært en fordel at det er ulike «interessefelt» og erfaringer hos deltakerne. Det er derfor til tider en fordel å «lene seg på» de jeg skjønner har bedre greie på enkelte saksforhold enn det jeg selv har
- Sakene blir bra behandlet, men tidspresset er et problem i noen saker. Lunsj-til-lunsj-møte kan være en mulighet for å få litt mer tid. Tidligere utsending av saker en annen. Kan sakene sendes ut etterhvert som de er klare?
- Nei. Altfor dårlig tid til å drøfte godt eller skrive gode vedtak. Vi må ha mer tid for å bli bedre. Forberedelsene har blitt bedre med leseveiledning. Men alle burde fått ferdige lydfiler
- Nå som fysiske møter er på plass igjen synes jeg dette er blitt bedre, men under digitale møter burde det være satt av mer tid til diskusjoner, da disse følte tidvis litt amputerte
- Både ja og nei her også. Handler mye om hvordan man ønsker at RBU som kollegium skal være. Muligheten til diskusjon varierer, mye med tanke på enkeltmedlemmers engasjement for en sak, evnen til å ikke skli ut, og la andre slippe til. Dette har variert, men vi har alle et ansvar for å sørge for en god debatt
- Helt greit
- Ofte er tiden til forberedelse kort, og tiden for diskusjon veldig kort. Mange ganger skulle vi ønsket at vi hadde bedre tid til diskusjon, men mange saker på sakskartet gjør at man bare må haste videre med neste sak
- Bedre tid i sakene på selve møtene

7. Ledes RBU-møtene på en effektiv og god måte?



Eventuell kommentar til spørsmål 7 - Ledes RBU-møtene på en effektiv og god måte?

Svar

-
- Jada, flinke ledere

 - Ja, Vi har gode og «romslige» møteledere

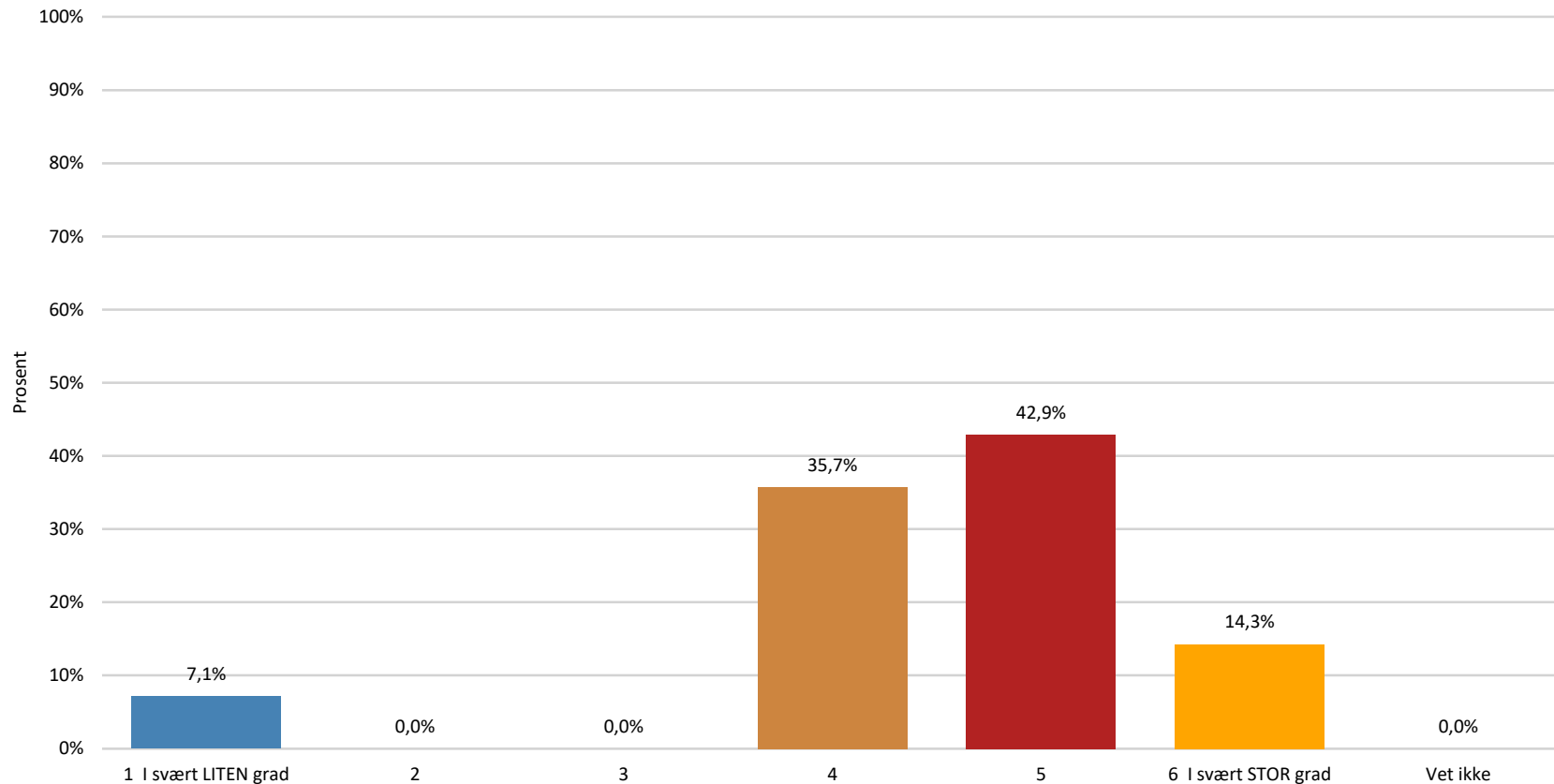
 - Effektivt ja, men mange er veldig stille. Savner deres stemme

 - Leder gjør en god jobb sånn sett. Ikke den beste til å skape debatt i utvalget, men vi er forskjellige. Opplevs som en god møteleder

 - Kunne noen ganger vært bedre ledet, ved å stoppe/avrunde tidligere, men det jo ønskelig at alle som vil skal komme til orde

 - Kunne alltid blitt bedre

8. Er du fornøyd med antall møter og varigheten på de enkelte møtene?

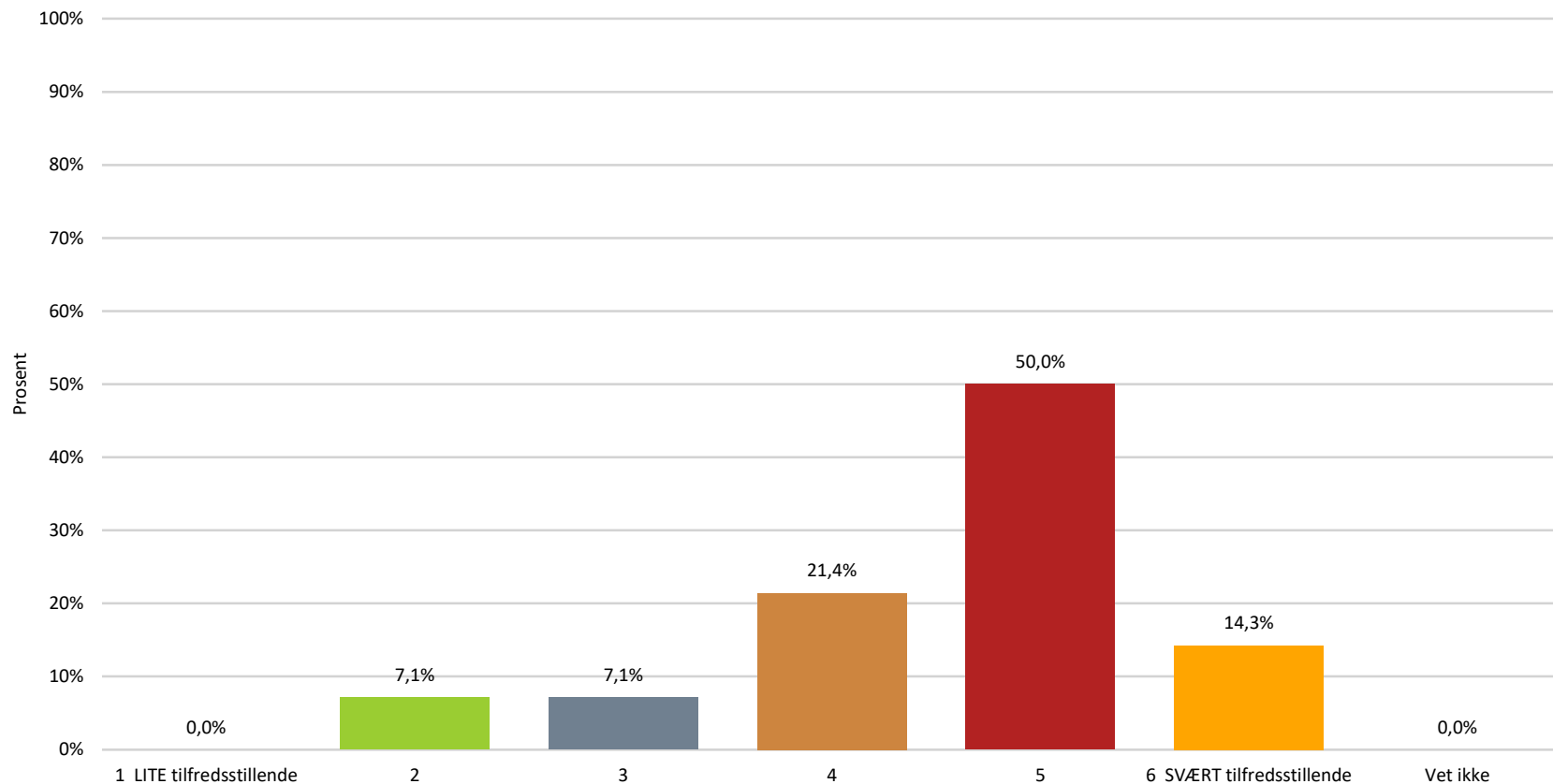


Eventuell kommentar til spørsmål 8 - Er du fornøyd med antall møter og varigheten på de enkelte møtene?

Svar

- Men synes at det bør være 2-dagers møter, når det er mange saker som skal diskuteres
- Kunne vært færre møter. Ønsker lunsj-lunsj-møter!
- Vi trenger mer tid. Dessuten er det ikke heldig når medlemmer går før møtet er over eller like etter. Jeg skjønner det om det er eneste måte å kunne komme hjem samme dag. Men vi investerer mye tid borte fra familiene våre, og da er det leit når folk bare raser avgårde. Da må de heller bare være med digitalt
- Med tanke på reisetid ser jeg utfordringene på lengre møter, men enkelte møter har veldig mange saker på agendaen og disse ville vært mer hensiktsmessig å hatt lengre tid på til diskusjoner, enten ved lengre møter eller ved flere to-dags møter
- Godt fornøyd med antall møter. Varigheten kunne av og til ha vært lengre, men det er ikke alltid lett på forhånd å gjøre en vurdering om hvor mye tid hver enkelt sak skal ha. Opplevs oftere at man har for lite tid, enn for god tid
- Noen av møtene kunne vært noe lengre ut fra saksmengde og omfang
- Det er blitt litt bedre etter at AU-møter før RBU-møter ble innført. Der kan man forberede sakene til RBU-møtene, og behandle enkle saker som ikke absolutt må behandles i RBU. Antallet møter kunne gjerne vært flere, da det er mange saker til behandling, og flere er veldig omfangsrike
- Antall møter er passende, fint at noen er digitale og andre er fysiske møter. Varighet på møtene er ofte for kort og noen må forlate før vi er ferdig. Møter fra lunsj-til-lunsj er en god ide, også å starte møtene kl. 08.00
- Lengre møter, bedre pauser
- For egen del så kunne vi gjerne hatt flere, men kortere møter. Både fordi det er krevende å lese f.eks. 300 sider med saksdokumenter på 1 uke - særlig når man sliter med konsentrasjonsvansker (dette har heldigvis administrasjonen løst på en fin måte med sine «Legg gjerne ekstra vekt på sak ..»). De lange møtene blir i tillegg krevende for oss som sliter med fatigue. Jeg opplever ofte at «etter lunsjen», så går rullegardinen ned og da sliter jeg meg å være psykisk tilstede.

9. Vurderer du at saksdokumentene og informasjonsmaterialet som presenteres for RBU er godt nok tilrettelagt?

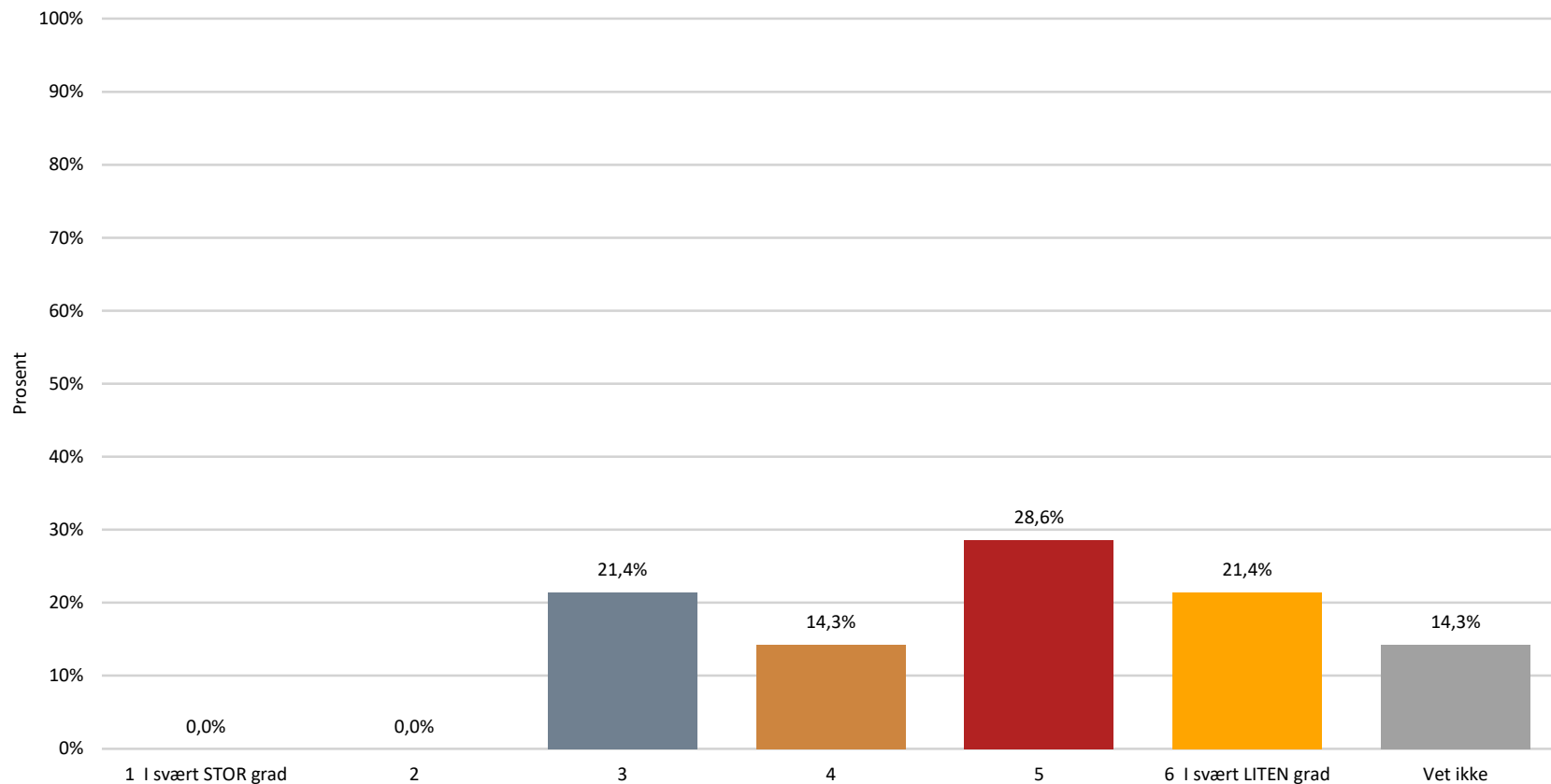


Eventuell kommentar til spørsmål 9 - Vurderer du at saksdokumentene og informasjonsmaterialet som presenteres for RBU er godt nok tilrettelagt?

Svar

-
- Det er nok det, men det må settes av mer tid på møtene
-
- Ja, men i enkelte møter er saksmengden for stor!
-
- Så absolutt
-
- Se tidligere kommentar om til tider store saksmengder/sakspapirer
-
- Burde vært lydfiler på alt. Trenger møte uformelt i forkant for å snakke med hverandre om ting som vi kanskje ikke skjønner eller forstår. Det er veldig komplekst omvisning, kan ikke forventes å kunne alt
-
- Jeg er godt fornøyd med det. Har sett en utvikling over tid hvor kortere saksfremlegg legger mer til rette for diskusjon, innspill og spørsmål. Ofte store dokumentsamlinger, men man lærer seg teknikk på egenhånd på hvordan man prioriterer lesning, og leseveiledning har tidligere vært til stor hjelp
-
- Nei, ikke for synshemmede
-
- Veldig fornøyd
-
- Saksdokumentene er godt tilrettelagt for å kunne lese, og sette seg inn i sakene
-
- Noe av det bedre
-

10. Er det saker i Helse Nord du savner/har savnet behandlingen av i RBU?

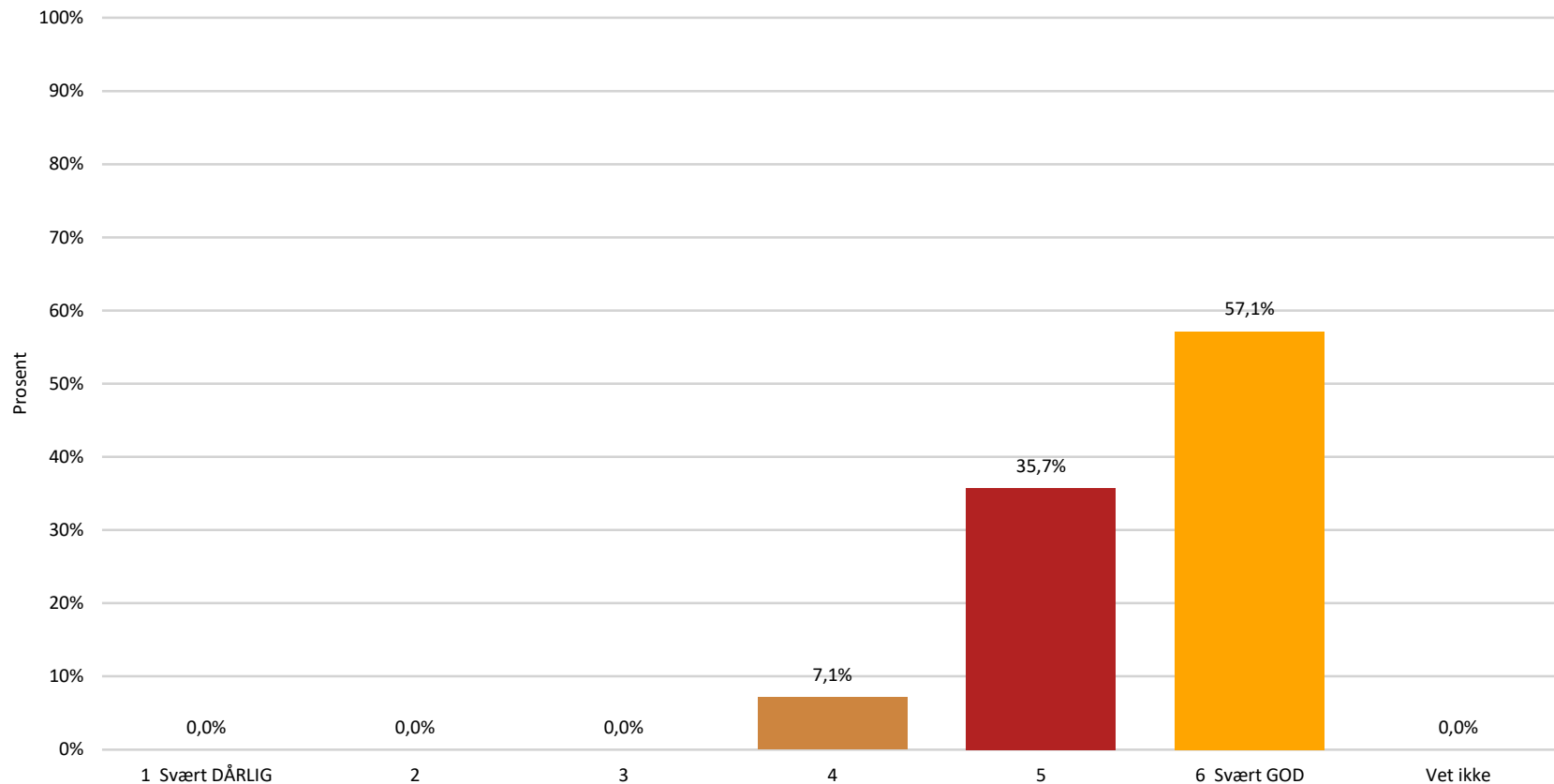


Eventuell kommentar til spørsmål 10 - Er det saker i Helse Nord du savner/har savnet behandlingen av i RBU?

Svar

- Vet ikke
 - Vi følger opp styresaker bedre. Og det å svare på høringer har blitt bedre, men her tror jeg vi kunne gjort mye mer. Men savner å delta mer tydelig og aktivt i kvalitets- og forbedringsarbeid. Får bare rapporter til uttalelse, blir ikke spurt om råd eller dialog mens man finner ut av ting. Og tror vi hadde hatt mye å bidra med ift. alvorlige hendelser og forstå de ut fra pasientenes perspektiv, og læring gjennom hele organisasjonen
 - Den enkelte har jo mulighet til å fremme saker til behandling der det synes berettiget. Det krever selvsagt et visst «mot» å gjøre det
 - Det er i Nord-Norge store utfordringer for helsevesenet, det må gjennomføres forbedringer og endringer for at vi her i nord skal ha gode helsetjenester. Håper RBU får mulighet til å være aktive med i denne prosessen
 - At RBU har fått anledning til å påvirke planlegging og utforming av nye sykehus i Helse Nord. Pasientreiser er også en organisasjon pasienter/brukere skulle ha hatt en mye større påvirkning av, og hvor RBU skulle kunne ha kommet med mange innspill for forbedring
-

11. Hvordan vurderer du kvaliteten på protokollen fra RBU-møtene?



Eventuell kommentar til spørsmål 11 - Hvordan vurderer du kvaliteten på protokollen fra RBU-møtene?

Svar

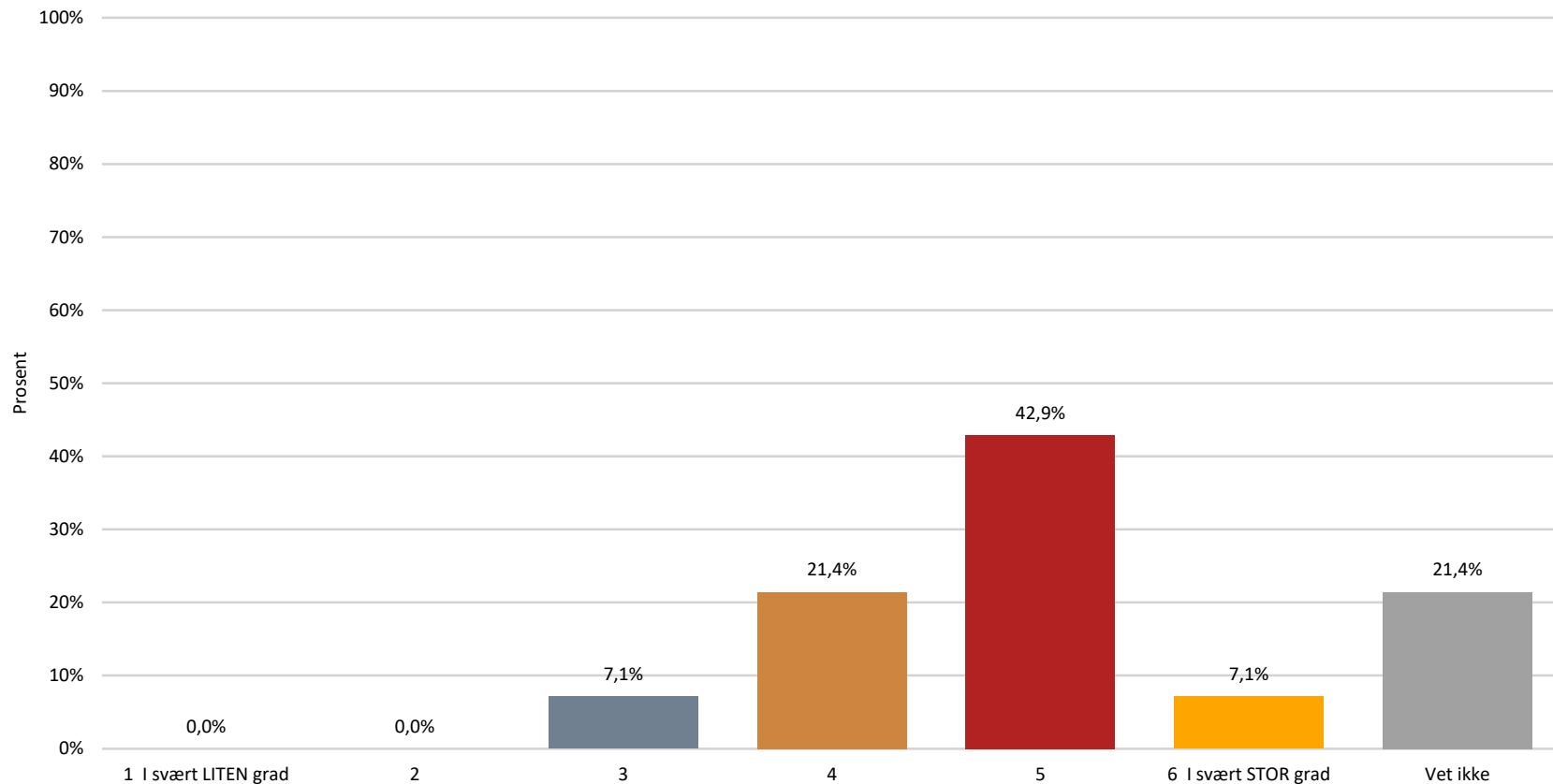
- Veldig bra kvalitet på protokollene

- Med bedre tid ville protokollene vært tydeligere og hatt enda bedre og lett forståelig språk

- Protokollene er informative i den grad hva en protokoll skal inneholde. Eksterne kan nok oppfatte de som litt lite informative, men saksdokumentene er tilgjengelige for at eksterne kan se sammenheng med vedtak

- Synes protokollene er ryddige og oversiktlige

12. Følges vedtak og oppfølgingspunkter fra RBU godt nok opp av administrasjonen?

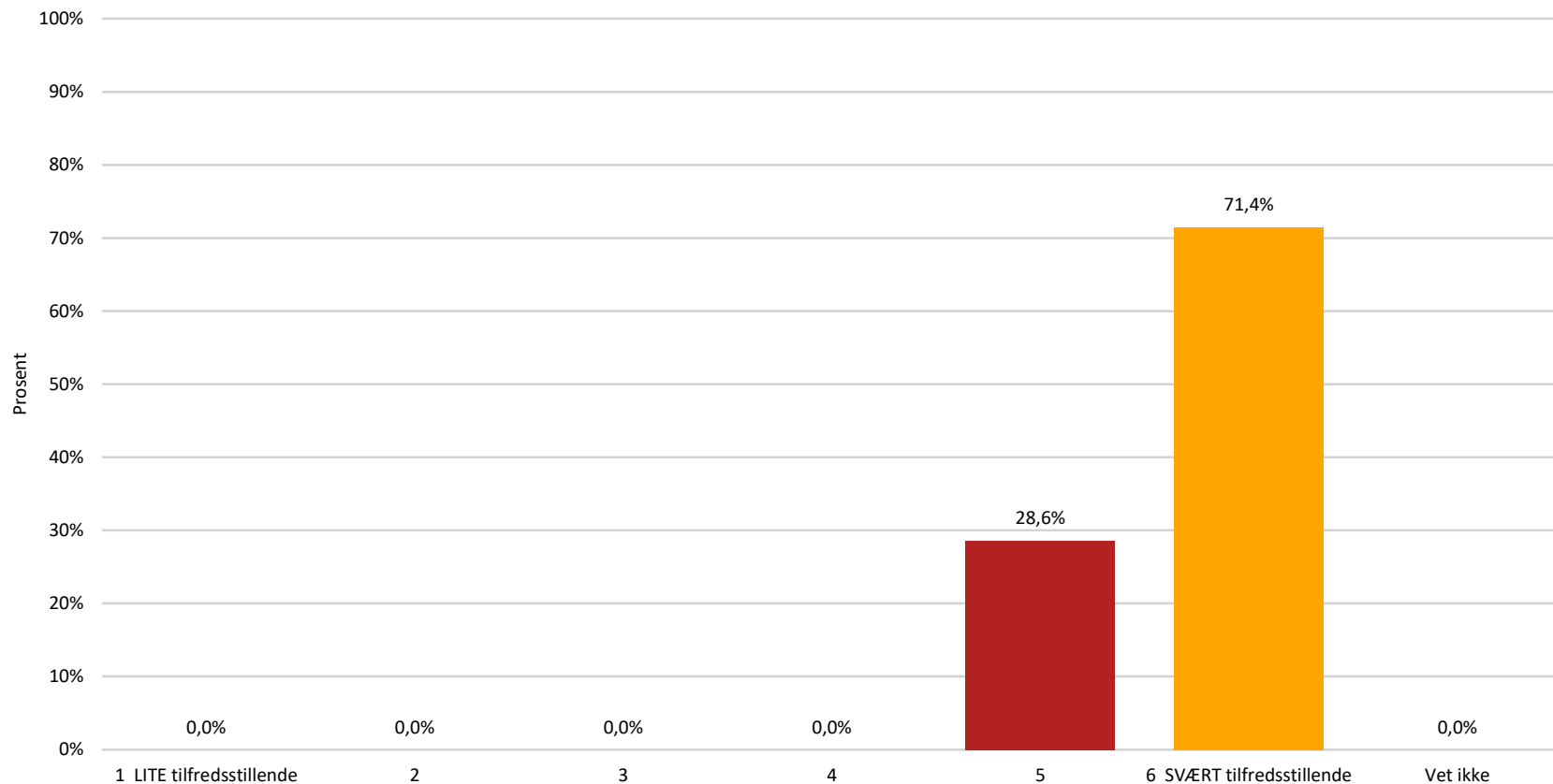


Eventuell kommentar til spørsmål 12 - Følges vedtak og oppfølgingspunkter fra RBU godt nok opp av administrasjonen?

Svar

-
- Noen vedtak er/blir ikke fulgt opp
-
- Opplevelsen er at det varierer
-
- Det vet jeg lite om, så det er vanskelig å svare på. Kanskje det burde kommet inn som en del av leders orientering?
-
- Her svarer jeg vet ikke, fordi det er vanskelig å komme på konkrete saker. Men jeg husker at saker er svart ut på tilfredsstillende måter
-
- Dette syns jeg er vanskelig å svare på, da jeg ikke har opplevd kontinuerlige tilbakemeldinger om at de blir fulgt opp. Det tenker jeg leder, evt. AU, har et ansvar om å gi tilbakemelding om
-
- Tar det som et selvfølge, og regner med at en oversikt over dette vil vise at så er tilfelle
-

13. Hvordan synes du RBU sitt samarbeid med administrasjonen fungerer?

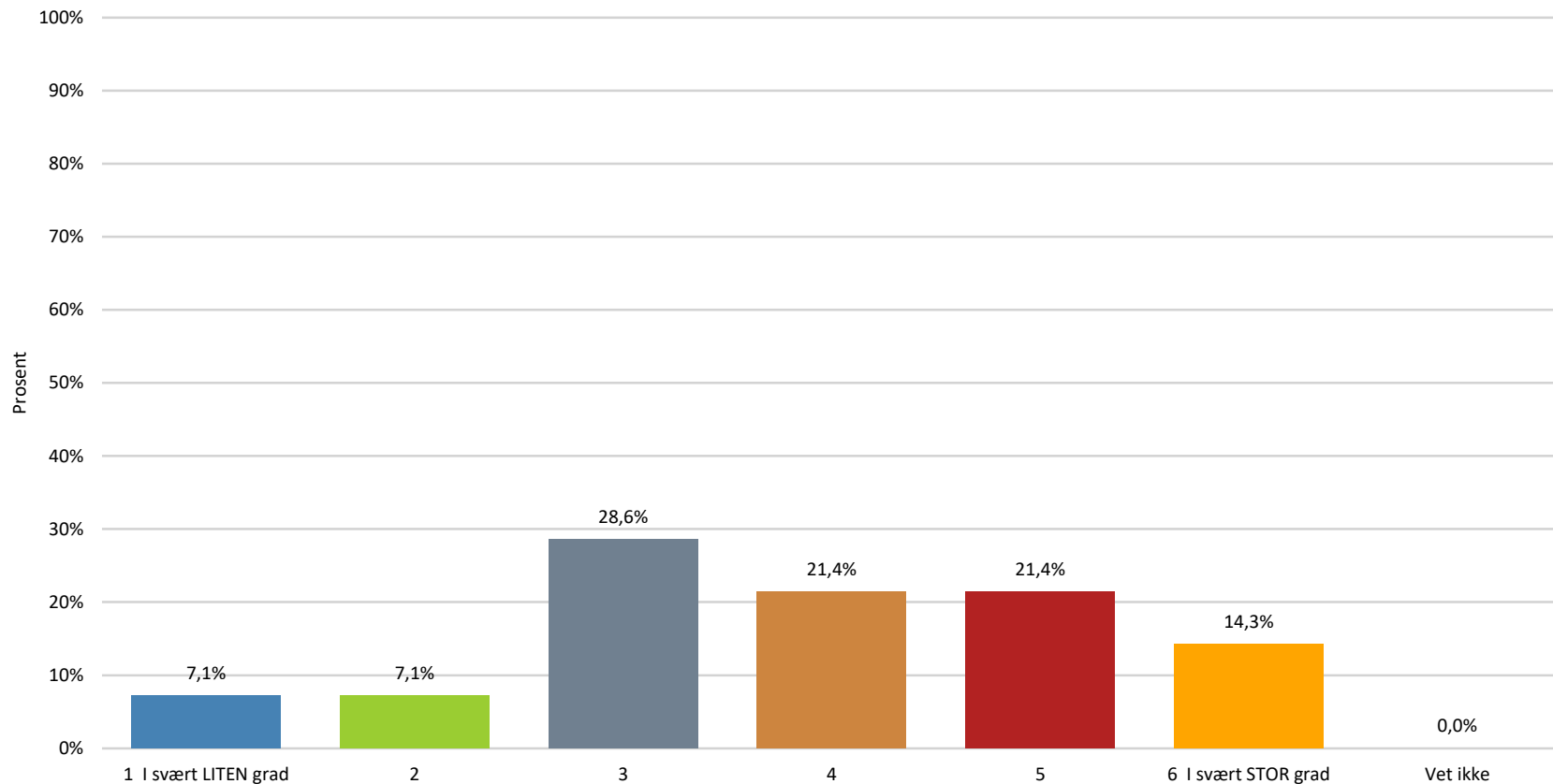


Eventuell kommentar til spørsmål 13 - Hvordan synes du RBU sitt samarbeid med administrasjonen fungerer?

Svar

-
- Veldig bra
-
- Samarbeider godt med Cecilie og Tina. Men savner det faglige blikket til Kari. Tror vi noen ganger hadde hatt nytte av diskusjoner om hva som er lurt å skrive, altså hvordan vi vil fremme synet vårt. Flere i administrasjonen har et godt og integrert samarbeid med RBU. Ikke alle ser nytta. Det syns av og til
-
- Har inntrykk av det fungerer svært bra
-
- Opplever at administrasjonen velvillig stiller opp, svarer på spørsmål, og gir gode utredninger. Det kan variere fra person til person, og hens personlighet, noe jeg har opplevd med enkelte tidligere, i negativ forstand
-
- Godt samarbeide
-
- Synes samarbeidet fungerer svært godt
-
- Noe av det bedre som finnes mener jeg. Viktig at det fortsetter slik
-

14: Er IKT-systemene som skal brukes i vervet som brukerrepresentant forståelige og brukervennlige? F.eks. system for honorarkrav, reiseregninger og FirstAgenda?



Møte i Regionalt brukerutvalg 11. oktober 2023 - innkalling og saksdokumenter

336

Eventuell kommentar til spørsmål 14 - Er IKT-systemene som skal brukes i vervet som brukerrepresentant forståelige og brukervennlige? F.eks. system for honorarkrav, reiseregninger og FirstAgenda?

Svar

- FirstAgenda er bra, men reiseregningssapp har jeg ikke kunnet bruke pga. ikke tilgang
- Nei. De er ikke universelt utforma. De er tungvinte. De leser ikke opp tekst. Det er mange som ikke orker å sende inn reiseregninger eller honorarkrav. Det er for mye strev, og det minner meg om NAV (på alle de dårlige "navske" måtene). Noen burde hjulpet mer til, eller systemene burde vært bedre og mer brukertilpassa. Vi kan være brukermedvirkere der
- Siden det ikke sendes ut lønns- og trekkoppgave, er det vanskelig å ha oversikt over hvilke honorarkrav som er sendt inn og hvilke jeg har glemt
- En del problemer knyttet til dette. Det krever iallefall at en har et visst nivå av IKT-kunnskap og gode nok IKT-systemer tilgjengelig
- At min kompetanse ikke strekker til bestandig kan ikke IKT-systemene ha ansvar for
- FirstAgenda er fantastisk. Reiseregningssystemet problematisk, da man føler at man må trikse for å få kvitteringer inn, og godkjent av robot. Mest frustrerende
- 86 år gammel, honorar går greit, FirstAgenda likeså, men mine forsøk på reisegodtgjørelse gjennom fem år har stort sett blitt avvist
- Sliter med å betjene FirstAgenda, og har flere ganger hatt problemer med å levere honorarkrav og reiseregninger

15. Det er ønskelig at du gir din tilbakemelding på egenopplevelse av din innsats som RBU-medlem

Svar

- Jeg som vara er vel ikke så flink til å involvere meg, må bli bedre
- Den siste tida har uenighet fått større rom. Det er godt å kunne ha sin egen mening, og ha frihet og mot til å ytre den. Det bringer oss videre og viser heile spekteret av virkelighet som vi kommer fra, men det er også krevende. Vi må kanskje hjelpe hverandre til å kunne si hva vi føler og mener uten å karakterisere andre som mener noe annet. Det tror jeg er viktig dersom RBU skal fortsette å kunne være et kollegium. Ellers risikerer vi fraksjonsdannelse, uro og alenegangens ensomhet og splid. Brukermedvirkning er demokrati. Demokrati er krevende arbeid. Frigjørende for deg selv og for de du er uenig med. Nøkkelen ligger i å unne alle denne friheten
- Det føles fortsatt som jeg er på opplæring, siden jeg bare har vært med 1 år
- Varierende av dagsformen!
- Jeg personlig synes det har vært bra og det har i stor grad vært fokus på gode helsetilbud til pasienter, brukerne og pårørende. Adm. systemer har også vært debattert
- Min kapasitet i RBU har vært begrenset av stort omsorgsarbeid (I tillegg også noe "mentor"-aktivitet innenfor samiske helsespørsmål)
- Jeg har en positiv opplevelse gjennom min tid i RBU. Det har vært lærerikt og har i stor grad gitt meg god innsikt i hvordan helsearbeid fungerer. Jeg mener og at jeg har kunnet bidratt med å utforme forslag for å finne bedre løsninger. Utvalget er en positiv gjeng som er lett å komme med sine meninger/tanker i. Samarbeidet med administrasjonen har alltid vært lett
- Jeg er fornøyd med egen innsats i RBU, har vært fraværende en stund pga. sykemelding, men håper å være tilbake så snart som mulig
- Jeg har gjennom alle årene vært stolt over mitt engasjement og muligheten til å være en del av RBU, selv om man periodevis ikke har hatt de store tilbakemeldinger på enkeltsaker. For meg har dette vært en kunnskapsrik reise, og styrket meg som brukerrepresentant. Jeg sitter igjen med mye kompetanse og nettverk som er en styrke for mitt videre arbeid
- Deltagelse i RBU har beriket livet mitt og vært til stor glede
- Synes at jeg har mye å bidra med på flere områder
- Føler at jeg som brukerrepresentant deltar bra på de arenaer jeg er utpekt på å delta. Er ikke redd for å komme med innspill/kommentarer der jeg føler dette er naturlig
- Det har vært spennende og lærerikt å være RBU-medlem. Jeg har fått nyttig og god informasjon på RBU-møtene blant annet vedr. sykehusdebatten, og ser det er helt nødvendig med endringer for å kunne makte å drive sykehusene videre. Har vært nyttig opplevelse å være brukerrepresentant, og i langt større grad fått kjennskap til sakene vi har jobbet med, som har vært behandlingshjelpemidler og arbeid og helse. Tror behandlingshjelpemidler vil være noe vi erfarer å få mer og mer inn i hjemmene våre, slik vi slipper sykehusinnleggelse
- Veldig god, savner bedre tid per sak i møte, bedre system for reiseregning, flere yngre, og samiske i RBU

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Randi Spørck

Dato:
03.10.2023

RBU-sak 89-2023

Status for oppfølging med tilsynet av ambulansefly

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF (RBU) tar status for oppfølging av ambulanseflytilsynet til orientering.
2. RBU er fornøyd med det målrettede arbeidet som er gjort for å bedre organisering av transporter for alvorlig psykisk syke pasienter som må benytte luftambulansetil endelig behandlingssted.

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Formål:

RBU orienteres i denne saken om status for oppfølging av tilsynet med ambulanseflytjenesten jf. rapporten [Tilsyn med ambulanseflytjenesten \(mai 2021\)](#). I tillegg til den løpende registreringen av virksomhetsdata og rapporteringen av akutte og tidskritiske oppdrag redegjøres det for andre pågående tiltak for å forbedre den akuttmedisinske kjede for å få lukket lovbruddene.

Beslutningsgrunnlag

Tilsynet følges opp i to spor. De regionale helseforetakene eier Luftambulansetjenesten HF sammen, og tiltak for å forbedre tjenesten besluttet og følges opp av de fire administrerende direktørene. Det andre sporet er de konkrete manglende som ble påvist for den delen av tjenesten som berører Helse Nord RHF, og som følges opp i vår region.

Statens Helsetilsynet har sett på tiden det tar fra behovet for transport med ambulansefly er meldt til spesialisthelsetjenesten og til pasienten er transportert til forsvarlig behandlingssted.

Statens Helsetilsyn vurderte at praksis med rekvirering og igangsetting av oppdrag samlet sett er uhensiktsmessig tidkrevende og ikke i tilstrekkelig grad tilpasset og tilrettelagt for å ivareta behovene til pasienter på en forsvarlig måte.

Det vises videre til styresak 99-2022 i Helse Nord RHF - [Strategi for prehospitale tjenester](#) som gir overordnede rammer og føringer for det prehospitale området, og som også peker på flere av funnene tilsynet omtalte i sin rapport.

Gjennomførte og pågående tiltak

Rapporten fra tilsynet inneholdt funn som ses i sammenheng med medisinsk koordinering av ambulanseflyene (MKA-funksjonen). De regionale helseforetakene ved administrerende direktørene besluttet derfor i sitt møte 23. juni 2023, å etablere en felles nasjonal tjeneste for medisinsk koordinering av ambulanseflytjenesten ledet av ett universitetssykehus, med to MKA én felles leder og én felles nasjonal struktur. Oppdraget ble gitt til Helse Nord RHF som har gitt oppdraget videre til UNN v/ administrerende direktør. Arbeidet pågår, og RHF-styret vil få en ny orientering når dette arbeidet er ferdigstilt.

Helse Nord RHF arbeider for å øke pasientsikkerheten i den akuttmedisinske kjeden som også skal sikre befolkningen på Svalbard nødvendig helsehjelp. Befolkningen skal ha trygghet for at de får kompetent og rask helsehjelp ved akutt sykdom og skade. De akuttmedisinske tjenestene skal være en godt koordinert kjede basert på samarbeid og samhandling, og skal ha kompetente medarbeidere som har fått opplæring og trening i samhandling.

Gjennom oppfølgingen av «*Tilsyn med ambulansetjenesten (...) (2021)*», har Helse Nord RHF opprettet et kvalitetsutvalg for blant annet å fortløpende registrere virksomhetsdata. Siden oppstarten av kvalitetsutvalget i mars 2021, har det blitt jobbet med felles og standardiserte varslingskriterier og regionale prosedyrer for Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral-sentralene (AMK). Dette arbeidet videreføres. Kvalitetsutvalget har gjennom sitt arbeid vært opptatt av å forbedre alle ledd i kjeden som utgjør det helhetlige pasientforløpet for pasienter med tidskriske tilstander

Fra mars 2023 overtok Statsforvalteren i Nordland den videre oppfølgingen av tilsynet. Tilbakemelding underbygget av relevante styringsdata på hvordan transport av pasienter med tidskritiske tilstander organiseres, ble rapportert inn 29.juni 2023. Pr. dags dato har Helse Nord RHF ikke mottatt tilbakemelding fra Statsforvalteren i Nordland.

Rapporteringen skjer fortsatt manuelt ved at AMK-ledere og fagutviklere ved alle AMK-sentralene sammenstiller data. Tilsvarende gjøres av Luftambulansetjenesten HF v/ leder for flykoordineringssentralen (FKS). For å kunne følge hele pasientforløpet sammenstiller MKA og FKS data fra alle aktørene.

Elektroniske data vil bli tilgjengelige når prehospital elektronisk ambulansjournal (P-EPJ) og ny Luftambulansetjenesten (LAT)-modul for MKA foreligger. Sistnevnte gis prioritet i prosjektet AMK IKT som ledes av Helse Vest. Fagmiljøene ser frem til at disse løsningene kan tas i bruk.

Opprettelsen av kvalitetsutvalg for AMK og Luftambulansetjenesten HF/FKS har vist seg å være en suksessfaktor for fortløpende forbedringsarbeid.

Forsvarlig vurdering, prioritering og transport av pasienter med psykisk lidelse
Slik spesialisthelsetjenesten i dag er organisert, vil mange pasienter med psykisk lidelse i Nord-Norge ha lang reisevei ved behov for øyeblikkelig hjelp, og vurdering eller gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. På grunn av den lange reiseveien er ambulansfly i mange tilfeller eneste realistiske transportmiddel.

Helsetilsynet konkluderte med at det ikke er felles og omforent praksis, for hvordan psykisk syke og ruspasienter prioriteres for transport til behandling i tvungent psykisk helsevern. Konsekvensen er at mange pasienter opplever lang ventetid på transport med ambulansfly. I ventetiden kan det oppstå krevende og uverdige situasjoner for alvorlig syke pasienter, der det blant annet må benyttes nødrett som hjemmel for bruk av tvang. Lang ventetid på transport kan også medføre et større behov for bistand fra politiet. Det er et mål i seg selv å redusere antall transporter gjennom å styrke behandlingstilbudene lokalt.

Helse Nord RHF har gjennomført et eget prosjekt for å etablere en forsvarlig og forutsigbar ledsagertjeneste for pasienter med psykiske lidelser. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med personell fra helsetjenesten, politiet, Luftambulansetjenesten HF, konserntillitsvalgte, konsernverneombud, brukerrepresentant, kommunehelsetjeneste og psykisk helsevern, for å sikre at alle aktører som samarbeider rundt slike transporter er omforente.

Formålet med utredningen har vært å sikre god faglig kvalitet i hele pasientforløpet fra rekvirent, gjennom transportfasen inntil pasienten ankommer endelig behandlingssted.

Det er utarbeidet en egen rapport¹ med felles regional samarbeidsrutine for risikovurdering for transport av psykisk syke med ambulansfly i Helse Nord. Disse har

¹ <https://www.helse-nord.no/nyheter/horinger/horing-av-samarbeidsrutine---transport-av-psykisk-syke-med-ambulansfly/>

nå vært på høring til kommune- og legevaktsleger i Nord-Norge for innspill og endelig forankring med høringsfrist satt til 11. september 2023. Helse Nord RHF har mottatt åtte hørings svar. Flere påpekte at ambulanshelikopter i noen tilfeller benyttes til slike transporter, og at det derfor blir misvisende å vise til ambulansfly alene. Innspill som kan klargjøre å forbedre samarbeidsrutinen vil bli innarbeidet. Høringsinnspillene kan leses i sin helhet ved å klikke på lenken i fotnote 1.

På bakgrunn av dette prosjektet oppretter Helse Nord RHF nå et mottaksprosjekt for etablering av en standardisert ledsagerordning. For å styrke ledsagertjenesten ytterligere, er det besluttet at også UNN skal etablere slike ledsagere som kan fly ut fra ambulansflybasen i Tromsø.

Arbeidsgruppen er sammensatt av deltakere fra alle fire sykehusforetak med kompetanse fra lederlinjen i prehospita l tjeneste og HR. Ordningen vil regulere like rammer og lik honorering av frivillige sivile ledsagere fra helsetjenesten, og vil kunne bedre kapasitetsutnyttelsen for både ledsagelse og ambulansfly på tvers av foretaksgrensene. Arbeidet forventes å være ferdigstilt og klart for implementering innen første kvartal 2024. Tilsvarende har Luftambulansetjenesten HF opprettet et kvalitetsutvalg med flyoperatør hvor formål er det samme, samt at begge utvalgene fortløpende arbeider med kontinuerlig forbedring. Utveksling av informasjon mellom kvalitetsutvalgene sikres ved at leder for flykoordineringssentralen deltar i begge utvalg.

Samlet vurdering av den delen av tilsynet som omhandler Nord-Norge særskilt

Tilsynet var rettet mot om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulansflytjenester, blant annet sett tett opp mot organiseringen av ambulansflytjenestens samarbeid med MKA ved UNN.

Akutte transporter er nå godt kartlagt, og tjenesten har virksomhetsdata som viser både tidsforbruk, samtidighetskonflikter, og øvrige årsaker til avvik fra kvalitetsmålene. Avvikene er gjenstand for gjennomgang i kvalitetsrådet, og her gjennomgås det hvilket tilbud pasienten har fått i påvente av videre transport med ambulansfly. Eksempler på dette er blant annet prehospita l trombolyse.

Det er en bedre oppfatning av utfordringer med vaktbytter og tilgang på legefølge når det er nødvendig. Her er det imidlertid fortsatt rom for forbedring. Nye målepunkter legges inn i LABAS² for å få bedre oversikt.

Konklusjon

Arbeidet med datainnsamling er arbeidskrevende og skjer manuelt. Underveis har fagmiljøene selv innsett at de har hatt begrenset oversikt over helheten i tjenesten og manglende styringsdata. I Helse Nord har arbeidet med oppfølging av tilsynet ført til at kultur for samarbeid mellom AMK-sentralene er bedret, men det er fortsatt mye arbeid som gjenstår.

² Journalregistreringssystem i luftambulansetjenesten

Det er en bedre oppfatning av utfordringer med vaktbytter og tilgang på legefølge når det er nødvendig. Her er det imidlertid fortsatt rom for forbedring. Nye målepunkter legges inn i LABAS for å få bedre oversikt.

Den samlede vurderingen er at oppfølgingen av tilsynet har medført en forbedringskultur. Søkelyset på behovet for styringsdata i det operative nivået av tjenesten har et helt annet perspektiv enn tidligere.

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
03.10.2023

RBU-sak 90-2023

Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
4. Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – *mundlig*
5. Felles møte mellom Regionalt brukerutvalg, brukerutvalg og ungdomsråd i Helse Nord 21. november 2023 – utkast til program – *mundlig*
6. Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2022 – oppdatert med nasjonale data, oppfølging av styresak 54-2021 og styresak 64-2023-7
7. Styremøter i Helse Nord RHF - informasjon om planlagte styresaker

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

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar framlagte saker til orientering.

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Tove Klæboe Nilsen

Dato:
3.10.2023

RBU-sak 90-2023/6

Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2022 – oppdatert med nasjonale data, oppfølging av RHF-styresak 54-2021 og styresak 64-2023/7

Formål

Denne saken fremmes for Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF som en del av den årlige oppdateringen og orienteringen på status for forskningsaktiviteten i foretaksgruppen, sett opp mot de mål som er satt for forskningen i regionen. Samme sak ble lagt fram for RHF-styret i *styresak 111-2023/6*, møtedato 21. september 2023.

Det vises også til at RBU ble orientert om forskningsaktiviteten i foretaksgruppen med *regionale* data i RBU-sak 67-2023/6 (RBU-møte 21. august 2023). Denne nye saken er oppdatert med *nasjonale* data som gjør at vi kan se på sammenligninger også med andre regioner.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025 (*styresak 54-2021*), er forankret i nasjonale og regionale føringer og målsetninger. Strategien skal bidra til måloppnåelse på områder som også overordnede plandokumenter viser til, i tillegg til egne formulerte mål og innsatsområder. Det vises særlig til nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025, som har stor betydning for det strategiske og operative arbeidet med forskning og innovasjon i regionen. Strategien ble utformet i en bred regional prosess, og lagspill og samarbeid er vektlagt som et viktig grep for å lykkes med å nå målet.

Strategien beskriver at kliniske studier skal være et virkemiddel for sikker kunnskap om effekten av legemidler, medisinsk utstyr, prosedyrer og metoder som påvirker pasientforløpet til forskningsdeltakerne, og at kliniske studier skal prioriteres i større grad enn tidligere i den angitte strategiperioden. Både den nasjonale handlingsplanen og Helse Nord's forskningsstrategi har klare mål for økning i antallet kliniske studier og andelen pasienter som skal inkluderes i kliniske studier de kommende årene. Konsekvensen av dette målet er at forskning må bli en enda mer integrert del av den kliniske virksomheten i sykehus, at det må brukes mer tid og ressurser til dette, og at ledere må tilrettelegge mer for kliniske studier, og samarbeide med næringslivet.

Bakgrunn

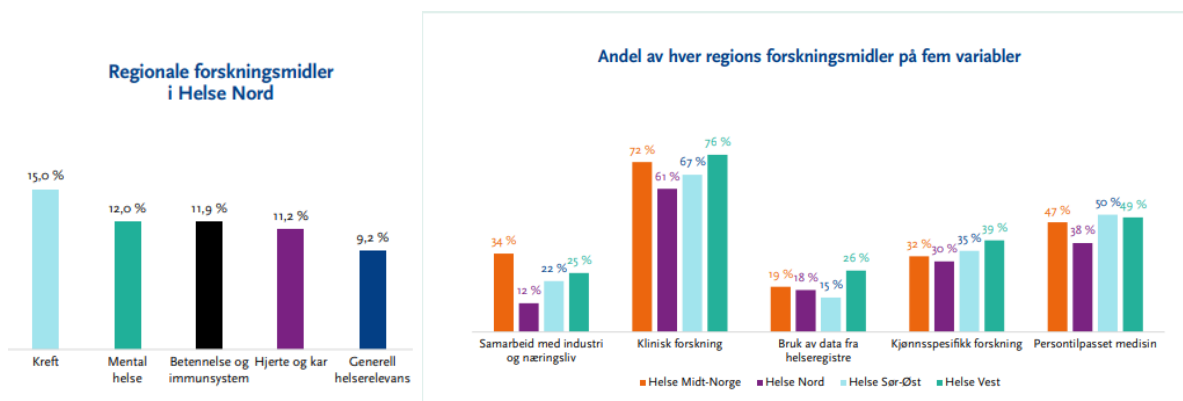
I styresak 64-2023/7 *Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2022 – regionale data, oppfølging av styresak 54-2021* (ekstraordinært styremøte 5. juni 2023), ble styret orientert om status på forskningsaktiviteten i 2022, primært ut fra *regionale data*. Noen av de nasjonale indikatorene og nasjonal forskningsstatistikk er offentliggjort fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Cristin/SIKT cristin.no / sikt.no etter dette, og denne saken supplerer dermed *styresak 64-2023/7* med de siste publiserte *nasjonale dataene* for 2022.

Styresak 64-2023/7 redegjorde for status på mål, innsatsfaktorer og tiltak i *Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025*, ut fra helseforetakenes egenrapportering i årlig melding, og RHF-ets vurdering ut fra jevnlig samarbeid på innsatsområdene.

Videre ble det redegjort for status ut fra *Årsrapport forskning i Helse Nord 2022* som er en regional rapport som lages hvert år. Denne rapporten legges også fram til orientering i samarbeidsorganet med universitetene om forskning og innovasjon (USAM) hvert år. Forskningsaktiviteten synliggjøres der gjennom rapportering på *alle enkeltprosjekter, strategiske og faste tiltak finansiert* av Helse Nord RHF. Det er også laget oversiktstabeller og nøkkeltall ut fra foreliggende materiale hvert år. Rapporteringen brukes blant annet aktivt til å se hvilke miljøer og fagområder som bør stimuleres særskilt, både ved universitetssykehuset og øvrige helseforetak, også via strategiske tildelinger.

Nasjonale data – RHF-enes felles rapport

Den årlige rapporten om forskning og innovasjon til pasientens beste er lagt fram for RHF-styret i *styresak 78-2023 Forskning og innovasjon til pasientens beste – nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2022* (styremøte 22. juni 2023). Rapporten inneholder både prosjektpresentasjoner fra alle regioner, og nasjonale nøkkeltall. Rapporten viser blant annet hvilke fagområder som mottar flest forskningsmidler i alle regioner, herunder figur for Helse Nord. Rapporten viser også regionale forskjeller i fem variabler som vist i tabellen under, der Helse Nord kommer dårligere ut enn øvrige regioner på flere av variablene.



Nasjonale data – HODs helsemåling

HOD innførte i 2003 registrering av forskningsresultater ut fra publisering i helseforetakene, det vil si hvor mye og i hvilke tidsskrifter artikler blir publisert, samt registrering av antall doktorgrader. Formålet var todelt, der det på den ene siden var

ønskelig å kunne dokumentere forskningsaktiviteten i helseforetakene, og på den andre siden å ha et grunnlag for fordeling av det statlige øremerkede tilskuddet til forskning i de regionale helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet utgjør 70 prosent av det øremerkede tilskuddet og fordeles etter beregning av et flytende gjennomsnitt av de siste tre års forskningsresultater, basert på forskningsresultater aggregert på RHF-nivå.

Dataene som legges inn i endelig måling innhentes blant annet fra Cristin/NVI [NVI](#), som måler publisering og kliniske studier. Publiseringsoversikten ble omtalt i *styresak 64-2023/7*.

Målingen for 2022 viser at Helse Nord er på samme nivå som i fjor for gjeldende treårssnitt, jf tabell under som viser *prosentvis fordeling av endelig poengfordeling* mellom RHF-ene:

Prosentfordeling	2020-2022	2019-2021	2018-2020
Helse Sør-Øst RHF	62,5	61,6	61,4
Helse Vest RHF	19,2	19,5	19,2
Helse Midt-Norge RHF	10,9	11,4	11,9
Helse Nord RHF	7,5	7,5	7,6
Sum	100	100	100

Bak disse tallene er det mange målinger som til sammen utgjør fordelingen av poengene. Forskningspoengene teller mest, og de er igjen sammensatt av tellinger av type tidsskrift det publiseres i, graden av internasjonalt samarbeid og medforfatterskap, samt finansieringspoengene (EU og Forskningsrådet). Fra 2019/2020 inngår også KBS-poengene, som er poeng regnet ut fra indikatorene innen kliniske behandlingsstudier (KBS). Detaljene for alle disse delmålingene finnes på HODs nettsider.

KBS-poengene er et uttrykk for om det er flere kliniske studier i sykehusene, og om flere pasienter får tilbud om å delta i studier, noe som er viktig for å nå målet om likeverdige helsetjenester.¹ Antall pasienter er det faktiske antallet nyrekrutterte pasienter til studien det aktuelle året.

Nasjonal oversikt pr RHF er:

	Antall KBS	Antall KBS	Antall KBS	Antall pasienter	Antall pasienter	Antall pasienter
Årstall	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Helse Sør-Øst	337	349	382	8472	8363	11350
Helse Vest	136	145	151	2227	3341	4010
Helse Midt-Norge	120	113	131	2615	2310	3067
Helse Nord	63	60	66	751	1052	1052
Sum	463	485	508	14065	15066	19479

¹ Det er kun pasienter som mottar helsehjelp i norsk spesialisthelsetjeneste som telles som studiedeltakere, og det er antallet nyrekrutterte pasienter det aktuelle året som telles. Det betyr at det er flere pasienter som deltar i klinisk forskning, og annen forskning, men det er den presenterte indikatoren HOD måler, jf den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier 2021-2025.

Innad i Helse Nord fordeler studiene og pasientene seg som vist i tabell under:

	Antall KBS	Antall KBS	Antall KBS	Antall pasienter	Antall pasienter	Antall pasienter
Årstall	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Finnmarkssykehuset	2	1	3	8	12	19
Helgelandssykehuset	2	1	1	5	11	11
Nordlandssykehuset	12	18	19	110	195	332
UNN	56	49	53	628	834	690
Sum	63*	60*	66*	751	1052	1052

*Summen for antall KBS angir tall på *unike studier*. Noen av dem foregår i flere helseforetak.

Følgende resultater kan leses ut av målingene for Helse Nord for 2022:

- Det er en nedgang for regionen i antall *forskningspoeng* (som utgjør 0,85 % av poengene) i 2022. Antall publikasjonspoeng er om lag på samme nivå som i 2021 (med noen forskjeller mellom årene for hvert enkelt helseforetak), og det er fortsatt en svak økning internasjonalt medforfatterskap og publisering i nivå 2-tidsskrifter, som rangeres over nivå 1. Men fordi 2021 var et særlig godt år for premiering for tilslag på prosjekter fra Forskningsrådet og EU, går summen for 2022 ned. Dette betyr at treårssnittet i 2024 vil kunne gå ned.
- Det er en nedgang for regionen i antall *KBS-poeng* (som utgjør 0,15 % av poengene) i 2022. Det er en liten reell økning i antallet kliniske studier, og samme antall inkluderte pasienter i kliniske studier for regionen totalt sett. De andre regionene øker imidlertid sin aktivitet innen KBS (se også figur fra nasjonal rapport ovenfor), og Helse Nord går derfor ned i KBS-poeng. Dette vil også gjøre at treårssnittet i 2024 vil kunne gå ned.

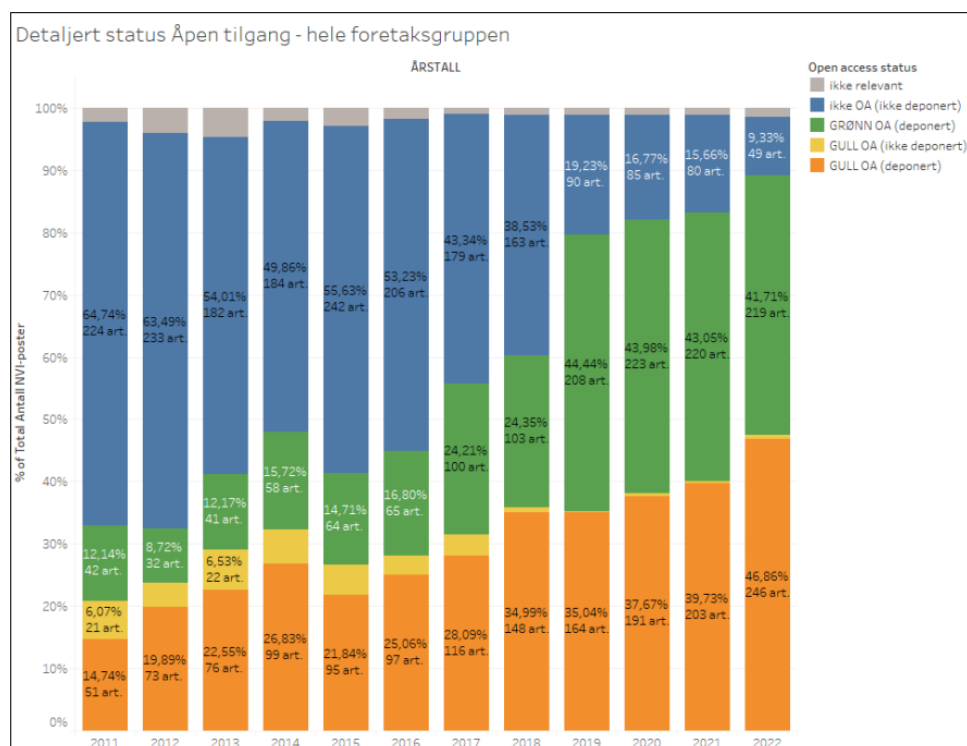
Åpen tilgang

Forskning skal publiseres mest mulig åpent. Det innebærer at det skal publiseres i tidsskrifter med åpen tilgang for alle, uten å betale for lesetilgang. Det kan også legges artikler og doktorgrader i eksisterende offentlig finansierte vitenarkiv, som også gjør forskningen åpent tilgjengelig. Det gir tilgang til andre forskere, og helsepersonell i klinikk som kan oppdatere seg faglig på en enkel måte. Det gir også fri tilgang til andre brukere som pasienter, pårørende og allmennheten og media. Pandemien viste tydelig betydningen av at forskningsresultater blir kjent raskt gjennom åpen tilgang, for kunnskapsformidling og for videre forskning.

Ved tildeling av forskningsmidler fra Helse Nord RHF kreves det av prosjektene at vitenskapelige artikler publiseres åpent tilgjengelig. Primært skal åpne tidsskrifter/plattformer benyttes. Kostnader til publisering i helt åpne tidsskrifter dekkes av Helse Nord's publiseringsfond (som finansieres av forskningsmidlene i Helse Nord). Dersom det publiseres i tradisjonelle abonnementsfinansierte tidsskrifter, skal det fagfelleverderte manuset egenarkiveres uten forsinkelse.

Det skal etableres et norsk nasjonalt vitenarkiv for å samle publikasjoner og andre forskningsresultater, og gjøre dem åpent tilgjengelig i en felles nasjonal løsning (se <https://sikt.no/tjenester/nasjonalt-vitenarkiv-nva>).

Det måles hvor stor andel av forskningen som er åpen, og tall for hele foretaksgruppen viser en jevn økning i andelen åpen publisering. Figuren under viser data for alle helseforetak i nord, og utviklingen er ganske lik nasjonalt (kilde: Cristin).



Forhold av særlig betydning for brukere

Rapporten fra egen region (mars 2023) og den nasjonale rapporten omtaler brukermedvirkning, og løfter fram at det er fokus på å ivareta brukermedvirkning godt i alle faser av forskningsprosessen. Se s. 74-76 i nasjonal rapport ([Nasjonal rapport forskning og innovasjon til pasientens beste 2022](#)) og s. 5-17 i den regionale rapporten ([Forskningsrapport Helse Nord for 2022](#)), som fortsatt viser en økning i brukermedvirkning i forskning.

Adm. direktørs vurdering

Den nasjonale forskningsstatistikken viser at forskningsmiljø ved helseforetakene i Helse Nord ligger stabilt på noen av variablene som måles, og har en jevn økning på andre.

På viktige områder som klinisk forskning og samarbeid med næringsliv og industri som er omtalt i «Strategi for forskning om innovasjon i Helse Nord 2021-2025», er imidlertid måloppnåelsen og utviklingen for svak både sammenliknet med oss selv over tid, og sammenliknet med andre regioner. Helse Nord ligger under øvrige regioner på disse områdene, samt på forskning innen kjønns spesifikk forskning og persontilpasset medisin. Dette gjelder den forskningen som RHF finansierer.

Det er et mål at all forskning skal være åpen, og det er ikke full måloppnåelse på dette målet pr dato for forskning utgått fra våre helseforetak.

Det vurderes at det i samarbeid med helseforetakene fortsatt må jobbes med å styrke forskningen i regionen med målrettede tiltak for å bedre resultater på de variabler det vises til i denne saken. Klinisk forskning og samarbeid med næringsliv og industri må styrkes slik at pasientene i nord får det samme tilbudet som pasienter i andre regioner. Bevisstheten om at deltakelse i forskning er en del av et helhetlig og likeverdig tilbud til pasientene, må styrkes.

Referanseliste:

1. [Helse Nord RHF's strategi for forskning og innovasjon 2021-2025](#)
2. [HODs helsemåling](#)
3. [Norsk Vitenskapsindeks - NVI - publisering av publikasjonsstatistikk](#)

Møtedato: 11. oktober 2023

Vår ref.:
2023/94-47Saksbehandler:
Tina EitranDato:
3.10.2023

RBU-sak 90-2023/7 Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **24. oktober 2023 i Bodø**:

STYRESAK	ansv.
Rekrutterings- og bemanningssituasjonen i Helse Nord, oppfølging av styresak 105-2023	AME
Budsjett 2024 - Rammer for foretaksgruppen	EAH
Budsjett 2024 – Helse Nord RHF	EAH
Virksomhetsrapport nr. 9-2023	EAH
Revidert veileder for tidligfase for sykehusbyggprosjekter (felles styresak)	HIR
FRESK (Fremtidens systemer i klinikken) - tertialrapportering	HiR
Tertialrapport nr. 2	HIR
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 05/2023, Gjennomføring av omstillingstiltak i sykehusforetakene, oppfølging av sak 28-2023	HIR
Regionale funksjoner, gjennomgang, oppfølging av sak 117-2022	HIR

a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt onsdag 17. oktober 2023

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **29. november 2023 i Tromsø**:

STYRESAK	ansv.
Felles regionale retninglinjer for varsling av kritikkverdige forhold i Helse Nord, oppfølging av styresak 76-2021	AME
Utvalgte kvalitetsindikatorer i Helse Nord, oppfølging av sak 108-2023	GT/JTF
Byggeprosjekter i Helse Nord, tertialrapportering	HiR/LAM
Styringssystem for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 135-2021	JB/IMA
Regional beredskapsplan – styrets rolle og ansvar	JB
Helhetlig informasjonssikkerhet - tertialrapportering	HiR
Felleseide HF – tertialrapport nr 1	HIR
IKT-styring – Roller og ansvar	HIR
Eiendom – delstrategi, oppfølging av styresak 68-2021 og 110-2021	HIR/LAM

Mekanisk trombektomi ved akutt hjerneslag i Helse Nord, utvikling – oppfølging av styresak 138-2021	GT
Virksomhetsrapport nr. 10-2023	EAH
Statsbudsjett 2025 - felles innspill fra alle regionale helseforetak og innspill fra Helse Nord RHF	EAH
Regional kreftplan og delstrategi for kreft	RSP
Plan for intensivmedisin i Helse Nord, sluttrapport, oppfølging av styresak 175-2021	JTF

- b) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt onsdag 22. november 2023
- c) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ.

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
03.10.2023

RBU-sak 91-2023

Referatsaker

Forslag til vedtak:

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

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar framlagte saker til orientering.

Bodø, 3. oktober 2023

Marit Lind
administrerende direktør

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Referat fra møte 17. august 2023 i brukerutvalget Helgelandssykehuset
2. Referat fra møte 20. september 2023 i brukerutvalget Nordlandssykehuset
3. Referat fra møte 14. september 2023 i ungdomsrådet Nordlandssykehuset
4. Referat fra møte 4. september 2023 i ungdomsrådet Finnmarkssykehuset
5. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 2. oktober 2023
6. Agendapunkt meldt inn fra interregionalt brukerutvalg til møte med administrerende direktører i de regionale helseforetakene 25. september 2023

Protokoll

Møte: Brukerutvalgsmøte i Helgelandssykehuset HF

Tid: 17.08.2023

Møtested: Teams, fysisk oppmøte i Mosjøen

Innkalt:

Deltagere	Funksjon	Organisasjon	Tilstede	Meldt forfall
Anne Lise Brygfeld	Leder	SAFO - NFU	X	
Tove Linder Aspen	Nestleder	Ivareta	X	
Steinar Arnesen	Medlem	FFO	X	
Jan Sundset	Medlem	Samisk befolkning	X	
Grete Bang	Medlem	Eldrerådet	X	
Dag Utnes	Medlem	Kreftforeningen	X	
Hugo Sandoval	Medlem	FFO		X
Liv Jamtli	Medlem			X
	Observatør	Leder av ung.råd		
Rigmor Røberg	Vara	Kreftforeningen		X
Hilde Valrygg Vik	Vara	FFO	X	
Bjørn Helge Hansen	Vara	Eldreråd		X
Fra Helgelandssykehuset				
Lena Nielsen	Administrerende direktør			X
Knut Roar Johnsen	Samh.sjef/saksbeh.			X
Henrik Skaret	Sekretariat		X	
Julie Evjen	Rådgiver			X

Saksliste

- Sak 39-2023 Godkjenning av innkalling og saksliste**
 - Sak 40-2023 Godkjenning av forrige referat**
 - Sak 41-2022 Orienteringssaker**
 - Sak 42-2023 Oppnevning til prosjekter**
 - Sak 43-2023 Svar på spørsmål stilt til administrerende direktør**
 - Sak 44-2023 Skjema for oppnevning av brukermedvirkere**
 - Sak 45-2023 Forslag til brosjyre om brukerutvalget**
 - Sak 46-2023 Rekruttering til brukerutvalget 2024-2026**
 - Sak 47-2023 Eventuelt**
 - Sak 48-2023 Planlegging av fremtidige møter**
 - Sak 49-2023 Omvisning på medisinsk post Mosjøen**
-

PROTOKOLL

Sak 39-2023 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sakspapirene godkjennes

Sak 40-2023 Godkjenning av forrige referat

Referatet godkjennes.

Sak 41-2022 Orienteringssaker

- Ambulanse og beredskap på Tomma

Det har kommet en e-post fra Rigmor Røberg ang. ambulansebåt, helikopterlandeplass mm. på Tomma. Tommalaks har inngått et samarbeid med Helgelandssykehuset for å til landingsplass til helikopter mm. Prehospital klinikk inviteres til å fortelle om tiltak som har bedret tilgangen til helsehjelp på Tomma til neste møte.

- Styremøter

Anne Lise har deltatt på styremøter. Budsjettet er fortsatt negativ og det er fortsatt vansker med å nå målet. Brukerutvalget presenterte en gladsak med et godt pasientforløp.

- Klinisk etisk komité, Tove Linder Aspen

Det har ikke vært noen møter, men Tove Linder Aspen skal til nasjonalt møte i rådet for de kliniske etikk-komiteene.

- BulbiTech, Hilde Valrygg Vik

- Prehospitaltjenester ifbm. Ny sykehusstruktur

Dag Utnes har vært på informasjonsmøter om den nåværende og fremtidige strukturen.

- Ernæringsrådet, Anne Lise Brygfeld

En ernæringsstrategi for sykehuset skal være ferdigstilt 1. september. Det ønskes informasjon til brukerutvalget om denne.

- **Gode Pasientforløp**, Anne Lise Brygfeld

Gode Pasientforløp har utarbeidet en sjekklister for utskrivelse som per tiden piloteres ved Helgelandssykehuset Mosjøens medisinske avdeling.

- **Pasientsikkerhet og kvalitetsutvalget**, Anne Lise Brygfeld (pausert)

Det etterlyses status i dette arbeidet. Ingen oppdatering på en tid.

- **Forskning- og innovasjonsutvalget**, Dag Utnes

Dag Utnes har vært i forskningsutvalget og vært delaktig i planleggingen av forskningskonferansen på Helgeland.

- **Helsefellesskap**, Anne Lise Brygfeld

Det skal være møte i september, men Anne Lise har ikke mulighet til å delta. Det jobbes med å få på plass en tiltaksplan for Helsefellesskap Helgeland. Brukerutvalget ønsker å involveres i Helsefellesskapet ved å invitere lederskapet til brukerutvalget.

- **Brukerutvalget for sykehusapotek i Helse Nord**, Grete Bang

Det var et teamsmøte i mai. Det ble der orientert om en ansattundersøkelse i sykehusapotekene som viste et godt resultat. Det bygges nye lokaler i Hammerfest og Narvik. Neste møte er i midten av september.

- **Oppgaveglidning frakturbehandling**, Jan Sundset
- **Digitale helsetjenester i hjemmet, optiflow**, Hilde Valrygg Vik
- **Forskningsprosjekt om integrert traumebehandling ved psykoselidelser**, Hugo Sandoval
- **Forskningsprosjektet farmasøyt i akuttmottak**, Anne Lise Brygfeld

Anne Lise har deltatt i prosjektet som har sett på gode effekter av å ha farmasøyt i akuttmottaket. Resultatet blir publisert til høsten.

- **Brukerutvalget i pasientreiser**, Dag Utnes
- **Orientering om arbeid i egen organisasjon**, alle

Sak 42-2023 Oppnevning til prosjekter:

Brukerutvalget har mottatt henvendelser fra følgende prosjekter og foretar i den forbindelse oppnevninger:

- **RADBANN-prosjektet**: Anne Lise Brygfeld stiller til RADBANN-prosjektet.
- **Familiebasert behandling av fødselsdepresjon**: Anne Lise Brygfeld stiller til prosjektet.
- **PIPP-prosjektet: (Informasjon og kommunikasjon med pasienter under og i etterkant av operasjoner i sykehus)**: Dag Utnes
- **Behandling av diabetes, remisjon og digitale helsetjenester**: Anne Lise Brygfeld

Sak 43-2023 Svar på spørsmål stilt til administrerende direktør i etterkant av forrige møte:

Grunnet flytting av møte har ikke Lena Nielsen mulighet til å stille til dagens møte. Spørsmålene besvares ved høytlesning av korrespondansen mellom sekretariatet og medisinsk direktør, som har fått ansvaret for å besvare forespørselen:

Hvordan er Helgelandssykehusets måloppnåelse for pakkeforløp i kreft?

Helgelandssykehuset jobber kontinuerlig med å få en bedre måloppnåelse i pakkeforløp for kreft. Vi rapporterer fortløpende tallene våre til nasjonale og regionale kreftregister og våre resultater fremlegges for styret som en del av vår rapportering. Kreft er høyt prioritert, da tidlig oppdagelse, utredning og behandling er nøkkelen til gode resultater. Vi har for tiden mange fristbrudd i foretaket, og er da spesielt bevisst på oppfølging av pakkeforløp. Vi har 6 pakkeforløpskoordinatorer som følger opp hvert enkelt steg i utredningsprosessen for hver enkelt pasient, og sikrer at pasientene kommer raskest mulig inn til behandling. Deler av forløpene gjennomføres ved andre sykehus, primært Nordlandssykehuset og UNN. Det er regionale kapasitetsutfordringer for enkelte undersøkelser.

Helgelandssykehusets rolle innenfor flere kreftformer er i hovedsak den tidlige utredningen, hvor vi i flere kvalitetsindikatorer skårer høyere enn landsgjennomsnittet. Kreftregisterets rapport fra 2022 viser at Helgelendinger med blant annet melanom, lymfom, prostatakraft og brystkreft har en fem-års-overlevelse som er lik landsgjennomsnittet. Ved enkelte kreftformer kan vi også glede oss over at vi ligger over landsgjennomsnittet i fem-års overlevelse, blant annet innenfor lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Vi skal fortsette å arbeide både lokalt og i regionale fora for bedre måloppnåelse for pakkeforløpene.

Hva gjøres for å ivareta pasienter som opplever fristbrudd?

Fristen for start av helsehjelp settes av spesialisthelsetjenesten etter en henvisning, ofte fra primærhelsetjenesten. En spesialist vurderer henvisningen og følger i hovedsak de nasjonale prioriteringsveilederne. I tilfeller hvor sykehuset ikke klarer å etterleve fristen, har vi systemer på plass for å unngå at pasientene ikke går over denne tiden. Vi forsøker å sørge for annet behandlingstilbud for de pasientene vi ikke kan undersøke eller behandle innenfor denne tidsrammen.

Helgelandssykehuset kontakter i slike tilfeller pasienten via brev eller via telefon med informasjon om at vi sannsynligvis ikke overholde fristen. Vil tilbyr å henvise pasienten til HELFOs fristbruddsordning. HELFO finner da et tilbud innenfor fristen spesialisten har satt, eller så nært opp til denne som mulig, og sender henvisningen videre til behandlingsinstitusjonen som HELFO velger. Dessverre medfører dette ofte lengre reisevei for pasienten. Det brukes derfor skjønn når det vurderes hvem vi undersøker selv og hvem vi anser kan reise. Helgelandssykehuset belastes for merkostnadene.

Det føres statistikk for hvor mange pasienter som ikke kan undersøkes innen tiden. Dette rapporteres til styret som del av i virksomhetsrapporten. Fristbrudd er en påkjenning for pasienten og for sykehusets økonomi. Vi jobber kontinuerlig for å minimere antall fristbrudd.

Er det noe nytt mtp. Funksjonsdelingen i Helse Nord?

Helse Nord har utarbeidet mandater for arbeidsgrupper som skal utrede ulike delområder for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Oppstartsmøtet for gruppene ble avholdt 26. Juni. Arbeidet skal fortsette frem til 20. desember. Styret i Helse Nord får da høringsutkastet av den samlede, helhetlige planen med forslag til funksjons- og oppgavedeling i regionen til behandling.

Hvordan jobber sykehuset med kvalitet? Hvordan brukes tilbakemeldinger fra pasienter?

Klinikkene i sykehuset jobber kontinuerlig med å øke kvaliteten på våre tjenester. I tillegg til regionale og nasjonale føringer, tar vi imot tilbakemeldinger fra pasienter – både positive og negative. Disse behandles ulikt avhengig av alvorlighetsgrad. Mange tilbakemeldinger tas opp i den enkelte avdeling, mens alvorlige klager og tilbakemeldinger oftere behandles på klinikknivå. Vi har nylig omorganisert fagstab for å løfte kvalitetsarbeidet. Den nye kvalitetsavdelingen bistår klinikkene i prosedyrearbeid, overvåking av kvalitetsdata, presentasjon av tall fra register, gjennomgang av klagesaker og tilbakemeldinger fra pasienter. Avdelingens kvalitetsrådgivere deltar i klinikkens kvalitetsråd, som har fokus på systematisk kvalitetsarbeid. Kvalitetsavdelingen bistår også klinikkene i systematisk gjennomgang ved alvorlige hendelser. Vi har internt avvikssystem der alle innmeldte avvik behandles skriftlig og følges opp.

Brukerutvalget takker administrerende direktør og medisinsk direktør for informasjonen. Det rettes videre spørsmål i forkant av neste møte. Da ønskes «pakkeforløp hjem» oppfulgt.

Sak 44-2023 Skjema for oppnevning av brukervedvirkere

Skjema gjennomgås etter endringer foretatt i etterkant av forrige møtet. Skjemaet vedtas som gjeldende for brukerutvalget ut perioden.

Sak 45-2023 Forslag til brosjyre om brukerutvalget

Sekretariatet har utarbeidet en brosjyre om brukerutvalget og oppdatert denne. Fremvises på skjerm.

Etter korreksjoner sendes denne ut på nytt før den kan vedtas.

Sak 46-2023 Rekruttering til brukerutvalget 2024-2026

Til høsten skal nytt brukerutvalg rekrutteres. I saken diskuteres råd til rekrutteringsprosessen og hvilke organisasjoner og fagfelter hvor det ansees nødvendig med representasjon. Det burde legges opp til flere varamedlemmer for organisasjoner innen psykisk helse og rus.

Sak 47-2023 Eventuelt

- Oppgaveglidning

Det er usikkerhet rundt oppgaveglidning. Det ønskes mer informasjon rundt prinsipper for oppgaveglidning.

- Rutiner for utskriving av pasienter

Arpad Totth inviteres til å fortelle om utskriving av pasienter. To pasienter er utskrevet fra sykehuset klokken 03:00 på natten. Det ønskes en redegjørelse for prosedyre rundt utskriving av pasienter på bakgrunn av avisartikkel som har vist til at pasienter har blitt overført til hotell om natten.

Sak 48-2023 Planlegging av fremtidige møter

Det lages en plan for videre besøk ved de andre lokalisasjonene. Neste møte 15. september blir i Sandnessjøen.

Arpad Totth inviteres inn til å fortelle om sitt arbeid.

Sak 49-2023 Omvisning på medisinsk post, Mosjøen

Enhetsleder Brita Røli tar imot brukerutvalget på sengeposten og gir informasjon om arbeidet som utføres her.

Medisinsk sengepost ved Helgelandssykehuset Mosjøen jobber aktivt med kvalitetsforbedrende arbeid og enhetsleder Brita Røli er et aktivt medlem i flere prosjekter som brukerutvalget regelmessig rapporterer om. En stor takk rettes til Brita for at hun tar imot brukerutvalget og for arbeidet hun gjør for sykehusets brukere.

Sengeposten har 13 faste sengeplasser, men kan i unntakstilstander øke bemanningen for å dekke 3 ytterligere senger. Ved besøket er alle de 13 sengene opptatt, så det er dessverre ikke mulighet for å gå igjennom pasientrommene, men fellesområdene gjennomgås. Her er det tilgjengelig pasientinformasjon om enkelte brukerorganisasjoner og en alkove hvor mat kan serveres til pasientene.

Det etterlyses tilgjengelig informasjon på pasientrommene om ukens matservering, da dette oppleves som positivt fra pasientenes side og kan spare de ansatte arbeid med å presentere menyen individuelt. Forøvrig oppleves sengeposten som rolig og de ansatte møter utvalget med smil, til tross for at det er fullt på avdelingen.

Det oppleves som trygt å være pasient på sengeposten og møtet med de ansatte forsterker denne opplevelsen. Sykepleier Cecilie møter brukerutvalget og forteller om sine arbeidsoppgaver og sin arbeidshverdag. Det er travelt å være sykepleier på sengepost og hun skulle gjerne gjort mer for sine pasienter, men i sykepleierens hverdag er det vanskelig å få tiden til å strekke til.

Brukerutvalget takker Brita Røli for omvisningen og den utfyllende informasjonen om medisinsk sengepost i Mosjøen.

Protokoll godkjennes endelig i neste møte 15. September, 2023
Protokollen blir lagt fram som referatsak i kommende styremøte

Kopi til:

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

Referat møte i Brukerutvalget 20. september 2023

Sted: Salten distriktpsykiatriske senter, Mellomåsveien 108

Tid: 10:30 til 15:30

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	Kreftforeningen	X	
Wiggo Nilsen	Nordland eldreråd		X
Linn Christin Sørtorp	RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	X	
Anna-Emilie Langås Vadnem	Samisk representant	X	
Olav Wiik Moland	Nestleder ungdomsrådet	X	
Fra Nordlandssykehuset:			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/sekretær	X	
Pernille Aune	Saksbehandler/sekretær	X	
Siri Tau Ursin	Administrerende direktør	X	
Margareth Kristiansen	Avdelingsleder, farmasøyt, Sykehusapotek Nord	Sak 075/23	
Merete Johansen	Prosjektleder Klinisk IKT Nordlandssykehuset	Sak 077/23	
Britt Eva Hansen	Avdelingsleder Salten distriktpsikiatriske senter	Sak 079/23	
Hedda Soløy-Nilsen	Klinikkjef psykisk- helse og rusklubben	Sak 080/23	
Marit Barosen	Økonomisjef	Sak 081/23	

Saksliste:

073/2023	Godkjenning av innkalling og saksliste
074/2023	Godkjenning av referat møte 24. august 2023
075/2023	Presentasjon av prosjekt: Gentesting for persontilpasset medisin
076/2023	Innspill til Oppdragsdokumentet 2024
077/2023	Innføring av pasientens pleieplan i Nordlandssykehuset HF
078/2023	Oppnevninger
079/2023	Informasjon om Salten Distriktpsikiatriske senter
080/2023	Informasjon fra psykisk helse- og rusklinikken
081/2023	Virksomhetsrapport august 2023
082/2023	Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker
083/2023	Ungdomsrådets leder orienterer om ungdomsrådets arbeid
084/2023	Referatsaker/Eventuelt/Innspill til saker

Saksnr.	Saksfremstilling
073/2023	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
074/2023	<p>Godkjenning av referat møte 24. august 2023</p> <p>Vedtak Referatet fra møtet godkjennes.</p>
075/2023	<p>Presentasjon av prosjekt: Gentesting og persontilpasset medisin</p> <p>Presentasjon av arbeidet med gentesting og persontilpasset medisin ved alderspsykiatrisk enhet, ved Margareth Kristiansen, avdelingsleder sykehusapotek Nord.</p> <p>Vedtak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for en svært interessant orientering. 2. Etter eksempel fra alderspsykiatrisk enhet ved Nordlandssykehuset i Bodø, bør man utvide bruk av gentesting for å sikre riktig legemiddelbehandling for aktuelle pasientgrupper.
076/2023	<p>Innspill til Oppdragsdokumentet 2024</p> <p>Regionalt brukerutvalg (RBU) har invitert Ungdomsråd og Brukerutvalg i helseforetakene til å gi innspill til oppdrag i oppdragsdokumentet for 2024. Fristen for å gi innspill er onsdag 27. september 2023.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget har følgende tre innspill til Oppdragsdokumentet for 2024:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Styrking av kompetanse og tilgjengelighet i behandling av personer med utviklingshemming og psykiske lidelser. <p><i>Begrunnelse:</i> Det at personer med utviklingshemming ikke slipper til tjenester i psykisk helsevern som innbyggere flest er en kjent situasjon for svært mange i interesseorganisasjoner for personer med utviklingshemming. I en rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for personer med utviklingshemming (NKUP) og psykisk lidelse svarer alle respondentene fra habiliteringstjenesten, og nesten halvparten fra psykisk helse og avhengighet, at de hadde erfaring med at pasienter ikke fikk tilgang til utredning og behandling for sin psykiske lidelse. Drøyt halvparten av respondentene innen generell psykisk helse og avhengighet og noe færre av de som svarte fra spesialklinikker som for eksempel OCD-team</p>

(tvangslidelser) oppga at behandlingstilbudene i deres enhet var tilgjengelig for pasienter med utviklingshemming. De som svarte sa at egenskaper ved pasientene (grad av utviklingshemming), ved behandlingsmetodikken, samt ressurser og kompetanse var barrierer for at pasientene kunne nyttiggjøre seg tilbudet. Alle respondentene fra habiliteringstjenesten og nesten halvparten fra psykisk helse og avhengighet hadde erfaring med at pasienter ikke fikk tilgang til utredning og behandling for sin psykiske lidelse (Kartlegging av spesialisttjenester til unge og voksne med utviklingshemming og psykisk lidelse i Norge, NKUP 2021).

For å få til en endring foreslår vi at det i oppdragsdokumentet for 2024 pålegger helseforetakene:

- Å ruste opp kompetansen i de psykiatriske tjenestene for å kunne behandle denne målgruppen
- Å dokumentere økning i pasienttall
- Å prioritere økonomisk slik at det ikke blir en hindring for å styrke kompetansen og økning i pasienttall

Det som i dag skjer, er diskriminering av en gruppe innbyggere som ikke har lik tilgang til psykiatriske helsetjenester som andre innbyggere. Dette er i strid med overordnede politiske målsettinger om likeverdige helsetjenester og i strid med CRPD (FN konvensjonene om rettigheter til personer med funksjonsnedsettelse) artikkel 10.

2. Helseforetakene må aktivt bidra til å få på plass FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) og FACT Ung i regionen.

Begrunnelse: Vi ser en økning blant ungdom når det gjelder psykiske lidelser. FACT-teamene jobber på en slik måte at man sikrer tverrfaglighet og oppfølging tilpasset den enkelte.

3. Helseforetakene må ta i bruk farmakogenetikk som et verktøy hos aktuelle pasientgrupper for hjelp til å velge den mest effektive behandlingen tidlig i forløpet.

Begrunnelse: Dette vil kunne føre til at man får informasjon om personens genetikk og hva slags konsekvenser dette kan ha for ulik medisinbruk og behandling.

077/2023

Innføring av pasientens pleieplan i Nordlandssykehuset HF

Informasjon og demonstrasjon av de nye pleieplanene ved Merete Johansen, prosjektleder Klinisk IKT Nordlandssykehuset.

Vedtak

1. Brukerutvalget takker for en interessant presentasjon.

2. Brukerutvalget har følgende innspill:
- De nye behandlingsplanene ser ut til å være tidsbesparende for helsepersonell, og vil forhåpentligvis kunne bidra til å hindre forskjeller i pasientbehandlingen.
 - Det virker som om man vil få fram det viktigste i behandlingen, både for pasienten og for helsepersonell.
 - Brukerutvalget ønsker fortsatt fokus på klarspråk og dokumentasjon, slik at dokumentasjonen blir forståelig for pasienter og pårørende.
 - Brukerutvalget ønsker at de nye behandlingsplanene også vil gjelde for pasienter med hyppig poliklinisk oppfølging.
 - Brukerutvalget ønsker å holdes oppdatert om arbeidet.

078/2023

Oppnevninger

Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson
<p>1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviterer ledere og nestledere i brukerutvalg og ungdomsråd til samarbeidsmøte 21. november 2023.</p> <p>Dato: Tirsdag 21. november 2023 Tidspunkt: Kl. 12:00 – ca. kl. 17:00. Sted: Radisson Blu Hotel, Tromsø. Frist for påmelding 29. september.</p>	<p>Marie Dahlskjær Danielle Johanna Hansen Olav Wiik Moland</p>	
<p>2. Forskningsprosjekt Forløp for eldre medisinske pasienter med kritisk sykdom.</p> <p>Vi ønsker å kartlegge forløpet til eldre pasienter med kritisk sykdom. Vi skal kartlegge hvordan det går med disse året etter innleggelse, og se hvor</p>	<p>Paul Daljord</p>	

	<p>mange dager de tilbringer hjemme året etter innleggelse.</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: stig.nymo@gmail.com</p> <p>Ønsker brukerrepresentant: Erfaring som eldre pasient/pårørende til eldre pasient med alvorlig sykdom som krever intensiv eller intermedieravdeling i behandling.</p> <p>Prosjektperiode: 01-01-2024 til 01-01-2025</p> <p>Det er i utgangspunktet planlagt to møter i prosjektperioden.</p>		
	<p>3. Innlegg om samisk kulturkompetanse , Salten distriktpsikiatriske senter, 28. september.</p>	<p>Anna-Emilie Vadnem</p>	
	<p>4. Allmøte for Nordlandssykehuset med Helse Nord RHF 6. november</p> <p>Marit Lind kommer til helseforetakene for å gjennomføre allmøter, for å si noe om status for utredningen av funksjons- og oppgavedeling.</p> <p>Helse Nord RHF ønsker at brukerutvalgene inviteres</p>	<p>Paul Daljord</p>	

	<p>til å delta på allmøtet, og at leder for brukerutvalget inviteres til å si noe om hva som er viktig for dem.</p> <p>06. november kl. 09.00 til 10.00. Sted: Auditoriet ved siden av Panorama cafe, Nordlandssykehuset sentrum</p>		
	<p>5. Pasientsikkerhetskonferansen 2024 blir 14. februar og blir digital.</p> <p>Tema blir arbeidsmiljø/psykologisk trygghet, hold av datoen.</p>	<p>Brukerutvalget får informasjon når påmelding kommer.</p>	
	<p>Vedtak Brukerutvalget oppnevner representanter slik det forekommer i tabell.</p>		
079/2023	<p>Informasjon om Salten Distriktpsykiatriske senter</p> <p>Informasjon og svar på spørsmål om Salten Distriktpsykiatriske senter, ved Britt Eva Hansen, avdelingsleder.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget takker for presentasjonen og svar på spørsmålene som fremkom under møtet.</p>		
080/2023	<p>Informasjon fra psykisk helse- og rusklinikken</p> <p>Orientering etter spørsmål fra brukerutvalget ved Hedda Soløy-Nilsen, klinikkssjef psykisk helse- og rusklinikken og Janne Sund, avdelingsleder for spesialpsykiatrisk avdeling.</p> <p>Vedtak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalget ønsker å holdes orientert om hvordan pasientgruppen personer med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse følges opp av spesialisthelsetjenesten ved Nordlandssykehuset. 		

081/2023	<p>Virksomhetsrapport august 2023</p> <p>Orientering og svar på spørsmål ved Marit Barosen, økonomisjef.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tar virksomhetsrapporten til orientering.</p>
082/2023	<p>Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker</p> <p>Administrerende direktør, Siri Tau Ursin, orienterte om aktuelle saker.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget takker for orienteringen.</p>
083/2023	<p>Ungdomsrådets leder orienterer om aktuelle saker</p> <p>Olav Wiik Moland, nestleder i Ungdomsrådet, orienterte om aktuelle saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neste helg skal vi ha samling med alle ungdomsrådene i Helse Nord. Vi fikk midler fra Helse Nord og det blir her i Bodø. Masse ulikt på programmet, hvordan holde gode innlegg, å dele egne erfaringer, erfaringsutveksling, innspill til omstillingsarbeidet i Helse Nord og hva vi kan jobbe med felles • Bidrar på flere prosjekter, siste nå er barneavdelingen hvor vi er med å se på å heve aldersgrensa til 18 år. • Leder og nestleder var i Mosjøen på en konferanse for ungdomsråd i kommunen og presenterte arbeidet med ungdomsråd i sykehus. Ble invitert som foredragsholder og stod på stand sammen med koordinator på Helgelandssykehuset for å starte opp råd der. • Vi har presentert arbeidet vårt med Pride for Helse Nord. • Ungdomsrådet jobber sammen med Bodø Ung 2024 om et arrangement knyttet til ungdom og psykisk helse. • Ellers er det innlegg, sist i går på barneavdelingen om barn som pårørende, skal holde for leger i spesialisering og mange flere steder. <p>Vedtak Brukerutvalget takker for orienteringen og berømmer ungdomsrådets arbeid.</p>
084/2023	<p>Referatsaker/Eventuelt/innspill til saker</p> <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referat møte i Brukerutvalget Helgelandssykehuset 17. august 2023 <p>Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Høring: Invitasjon til å svare på høring om Nasjonal kreftstrategi 2024-28. Høringsfristen er 16. oktober.

	<ul style="list-style-type: none"> • Sak: Orientering om økning i varsel om alvorlige hendelser fra Nordlandssykehuset til Statens helsetilsyn. Orientering ved Terje Svendssen, kvalitetsleder Nordlandssykehuset. <p>Vedtak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget tar referatsaken til orientering. 2. Gunn Varberg lager et utkast til høring og sender til brukerutvalgets medlemmer for innspill. 3. Brukerutvalget takker for orienteringen om økningen i varsel om alvorlige hendelser og er tilfreds med at det jobbes med å få på plass læringsnotat etter alvorlige hendelser.
Neste møte:	6. november , kl. 10.30 til 15.30, inkludert årlig møte med brukerorganisasjonene.

Oppfølgingsaker

1. Busstrasé Nordlandssykehuset. Kommunen, fylkeskommunen og sykehuset er enige om å engasjere en ekstern konsulent for en grundig og bred faglig redegjørelse som kan avklare og konkludere/anbefale. **Vi håper å få en slik rapport overlevert før 1. september. Purring 20. september.**
2. Regionale funksjoner med særfinansiering – informasjon om prosjekt **ny orientering ved Tonje Hansen, når noe nytt foreligger**
3. Sak fra Blindeforbundet Nordland om tilgjengeligheten til elektroniske registrerings- og betalingsløsningene som benyttes ved Nordlandssykehuset i Bodø, **oppfølging IKT, purring 24. august**
4. Presentasjon av prosjektet, Tannhelse, kosthold inflammasjon og biomarkører ved akutt intermitterende porfyri, Ole Lars Brekke, **november eller februar**
5. Spørsmål om stilling som står ubesatt på CL-teamet Nordlandssykehuset. (CL står for Consultant Liason og er del av Fagenhet for autisme og nevropsykologi), **06. november**
6. Takskinner på Nordlandssykehuset – Nordlandssykehuset mangler skinner i takene hvor pasienter må løftes på barneavdelingen/habilitering. Transportheis fungerer ikke optimalt, **følges opp av barnehabiliteringen, v/ Marcus Krogstad**
7. Røyking utenfor hovedinngangen, **Henvendelse til drift sendt**
8. Henvendelse til Pasientreiser om Bussruten Tromsø- Lofoten-Vesterålen, **Henvendelse til Pasientreiser sendt**

Referat møte i Ungdomsrådet 14. september

Sted: Lærings- og mestringssenteret Bodø, Parkveien 95.

Tidspunkt: 15.30 til 18.30

Sakspapirer: Legges ut på nett, [lenke her](#)



Deltagere:		Til stede	Forfall
Danielle Johanna Hansen	Leder	X	
Olav Wiik Moland	Nestleder	X	
Sunna 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	
Ann-Helen Arntsen	Rådgiver lærings- og mestringssenteret	X	
Marianne Sivertsen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken	X	
Tone Johnsen	Kontaktperson Medisinsk klinikk	X	
Silje Hageengen Lundeng	Kontaktperson Barneklubben	X	
Lena Andreassen	Kontaktperson Barneklubben	X	

Saksliste:	
24/2023	Godkjenning av innkalling og sakliste
25/2023	Godkjenning av referat møte 08. juni
26/2023	Oppdragsdokument 2024
27/2023	Oppdrag og gjennomført siden sist
28/2023	Besøk biblioteket
29/2023	Filming
30/2023	Drodling Bodø 2024 Ung
31/2023	Eventuelt

Saksnummer	Sak								
24/2023	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>								
25/2023	<p>Godkjenning av referat møte 08. juni</p> <p>Vedtak: Referatet fra møtet godkjennes.</p>								
26/2023	<p>Innspill til Oppdragsdokumentet 2024</p> <p>Hva mener ungdomsrådet er tre viktige saker å jobbe med?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er Oppdragsdokumentet? Oppdragsdokumentene gir sykehuset saker som de må jobbe med i 2024. • Ungdomsrådet kan foreslå 3 områder som de mener er viktige. • Innspill bør lages på en måte som gjør oppdragene konkrete. <p>Vedtak: Arbeidsutvalget går gjennom alle forslagene som kom fram i møtet og sender inn 3 forslag innen fristen.</p>								
27/2023	<p>Oppdrag og gjennomført siden sist</p> <p>Her forteller man kort om hvordan det går i prosjektene/arbeidet og bestemmer hvem som skal delta på hva.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oppdrag og gjennomført siden sist</th> <th>Representant ungdomsrådet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Fast møte i brukerutvalget</td> <td>Danielle Har vært møte i brukerutvalget, orientering om tilbakemeldingsordning fra sykehuset</td> </tr> <tr> <td>2. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning</td> <td>Viktoria Blir kurs 04. oktober, Viktoria fra det gamle ungdomsrådet sitter i prosjektgruppa.</td> </tr> <tr> <td>3. Et barnevennlig sykehus Kontaktperson: Kirsti Neset</td> <td>Linea Lea Ingenting nytt siden sist.</td> </tr> </tbody> </table>	Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet	1. Fast møte i brukerutvalget	Danielle Har vært møte i brukerutvalget, orientering om tilbakemeldingsordning fra sykehuset	2. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning	Viktoria Blir kurs 04. oktober, Viktoria fra det gamle ungdomsrådet sitter i prosjektgruppa.	3. Et barnevennlig sykehus Kontaktperson: Kirsti Neset	Linea Lea Ingenting nytt siden sist.
Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet								
1. Fast møte i brukerutvalget	Danielle Har vært møte i brukerutvalget, orientering om tilbakemeldingsordning fra sykehuset								
2. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning	Viktoria Blir kurs 04. oktober, Viktoria fra det gamle ungdomsrådet sitter i prosjektgruppa.								
3. Et barnevennlig sykehus Kontaktperson: Kirsti Neset	Linea Lea Ingenting nytt siden sist.								

4. Videreføring og utvikling av HIPPO Kontaktperson: Stine Hamlot	Linea Trine-Lise Ingenting nytt siden sist.	
5. Brukerrepresentant til kurs for ungdom med nedsatt hørsel Forventet arbeidsmengde: Planleggingsmøter. Kan gjennomføres digitalt.	Mari-Sofie Ingen møter siden sist.	
6. Ungdomskonferanse Vefsn Den 27. – 29. august skal vi holde et seminar og ønsker at ungdomsrådet skal lede den ene bolken. Det vil komme rundt 400 ungdommer og koordinatører fra ungdomsråd i hele landet disse dagene.	Danielle, Olav, Vinjar og Sissel Holdt innlegg for ungdom og jobba med å rekruttere ungdom til helgelandssykehusets ungdomsråd	
7. Prosjekt barneklubben Ved barneklubben skal vi i gang med prosjektet ungdomsmedisin . Vi skal utrede mulighetene for å øke aldersgrensen fra 16 år til 18 år på medisinske diagnoser som evt skal til poliklinikk, dagbehandling og innleggelse på sengeposten. Vi skal utrede hvor mange pasienter er det som er i sykehuset på andre avdelinger, hvilke diagnoser har disse ungdommene, og hvordan kan barneklubben evt. ivareta disse pasientgruppene og overføre dem til voksenavdelingene etter ungdomstiden.	Lea og Linea Prosjektet er gjennomført og rapport fra ungdomsrådet er levert. Holdes orientert om prosjektet.	
8. Forskningsprosjekt: Dyreassistert behandling av barn i Nordlandssykehuset. Prosjektet er å innføre en sertifisert sykehushund på barneavdelingen. Bruken av hunden skal forankres i dyreassisterte intervensjoner, hvor hunden brukes aktivt i forhold til barnet/pasienten. Aktuelle bruksområder vil være for eksempel i forbindelse med prosedyrer, mobilisering, palliasjon.	Linea og Lea Prosjektet fikk dessverre ikke midler	

<p>Kontaktperson barneklubben: Ingunn A M Nessestrand</p>	
<p>9. Innlegg 16. juni for revmatologisk avdeling. Hva er viktig for ungdom på sykehus?</p>	<p>Olav og Linea Gjennomført</p>
<p>10. Innlegg om erfaringer barn som pårørende for somatisk (fysisk) sykdom. Tidlig høst 2023</p>	<p>Trine Lise Dato kommer</p>
<p>11. Innlegg for leger i spesialisering 10. oktober kl. 08.30. Hvordan jobber ungdomsrådet og hva er viktig for ungdom på sykehus?</p>	<p>Linea og Håvard</p>
<p>12. Ungdomsrepresentant - regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging Kontaktperson i Helse Nord: Kari Bøckmann</p>	<p>Olav Første møte høsten 2023</p>
<p>13. Hva er viktig i møtet med helsepersonell når man er ung og pårørende? Innlegg fagdag for ansatte på sykehuset og i kommunen. 28. september, kl. 15.15.</p>	<p>Trine-Lise</p>
<p>14. Innlegg for Helse Nord om hvor ungdomsrådet forteller om hvordan de jobber med Pride. Mandag 12. juni kl 14.00.</p>	<p>Danielle Gjennomført, veldig positivt</p>
<p>15. Nordlandssykehuset ønsker at ungdomsrådet skal delta på ukentlige møter om arbeidet i Helse Nord. Møtene vil være hver tirsdag fra kl. 9.30-10.00 med oppstart 22. august</p>	<p>Danielle Johanna Hansen</p>
<p>16. Innlegg om gode overganger for ansatte i psykisk helse- og rusklubben. Torsdag 26. oktober kl. 0815–0930: Tema: Erfaringer fra/ønsker ang overgang fra ungdomspsykiatrien (BUP) til voksenpsykiatrien</p>	<p>Danielle Gjennomført Godt oppmøte.</p>

	<p>17. Programkomite Helse Nord's pasientsikkerhetskonferanse.</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Tove Anita Pedersen, Tove.Anita.Pedersen@nordlandssykehuset.no. Honorar og praktisk ordnes av Tove Anita.</p>	<p>Sunna Regine Inga Møte 06. september</p>
	<p>18. Regionalt kompetansenettverk spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning</p> <p>Kontaktperson Helse Nord, Tone Amundsen</p>	<p>Sunna Regine Inga Skal delta på et møte Neste uke.</p>
	<p>19. Invitasjon til samarbeidsmøte med Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF</p> <p>Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviterer ledere og nestledere i brukerutvalg og ungdomsråd til samarbeidsmøte 21. november 2023. Vi ber om tilbakemelding om hvem som kommer innen fredag 29. september 2023.</p>	<p>Danielle og Olav</p>
	<p>20. Innlegg om ungdomsrådet på kurs for brukermedvirkere, 04. oktober</p> <p>Kurset er fra kl. 16.00 til 20.00 på lærings- og mestringssenteret i Bodø. 10 minutter om hva ungdomsrådet er og hvordan dere jobber.</p>	<p>Trine-Lise og Olav</p>
	<p>21. Bidrag til boka «barneavdelingen 50 år»</p> <p>Ønsker sitater/innsnitt fra ungdom som har vært på barneavdelingen i Bodø om hvordan det er å være ungdom på sykehus. Gjerne både ny og gammel erfaring.</p>	<p>Gamle og nye rådsmedlemmer</p>
	<p>22. Holde innlegg for barneavdelingen om hva som er viktig som ung pårørende, 19. september.</p>	<p>Trine Lise</p>
	<p>Vedtak: Oppdrag gjennomføres slik det fremkommer av tabell.</p>	
<p>28/2023</p>	<p>Besøk biblioteket</p> <p>Besøk på biblioteket og omvisning med bibliotekar Idun Hovrud Ribe. Innsnitt til hvordan gjøre biblioteket mer ungdomsvennlig.</p>	

**Vedtak:**

1. Ungdomsrådet takker for informasjonen og omvisningen.
2. Ungdomsrådet har følgende innspill:
 - Lademulighet er veldig viktig.
 - Ønsker gjerne at det lille rommet males eller kommer inn farger på annen måte.
 - Gode stoler, kanskje en sofabenk innerst i kroken.
 - Er det mulig å få litt med dempa belysning/noe andre typer lamper?
 - Spill er veldig fint, kortspill og spill som er av nyere dato.
 - Tips om samiske bøker.
 - Husk tilgjengelighet, at man skal kunne komme inn med rullestol.
 - Bør være god informasjon om at man kan bruke biblioteket

29/2023**Filming**

Vi fortsetter å lage film om ungdomsrådet.

Vedtak:

Det ble tatt bilder og filmet under møtet.

30/2023**Drodling Bodø 2024 ung**

- Hva ønsker ungdomsrådet å gjøre i forbindelse med Bodø Ung 2024?
- Kan vi arrangere noe i 2024?
- Hva er ungdom opptatt av?

Drodling om tema: Psykisk helse blant unge/Kroppspress og utseendepress

Musikalsk innslag: Forslag: Barnevænnlig

Lokasjon: Kan vi gjennomføre arrangementet på Nordlandssykehuset?

Forslag til foredragsholder: Alexander Skadberg, Helsesista

Vedtak:

Trine-Lise, Linea og Lea følger opp arbeidet i samarbeid med koordinator.

31/2023

Eventuelt

Endring i Helse Nord

Det pågår et arbeid med endring og omstilling i Helse Nord. Er det noen som ønsker å ha et møte om dette, og delta på et Teams-møte med brukerutvalget **mandag 18. september kl. 16.00 til 18.00?**

Ønsker om å holde innlegg

Vi ser behovet for økt kunnskap hos ambulansespersonell og akutten om hvordan møte barn og ungdom på en god måte. Kan vi invitere oss inn til dem for å holde innlegg?

Vikar



Ann-Helen Arntsen blir vikar som koordinator for ungdomsrådet mens Sissel er i permisjon. Ann-Helen jobber på lærings- og mestringscenteret og skal være med på de neste møtene.

Kontaktpersoner



Kontaktpersonene i klinikkene er nå: (fra venstre) Tone Johnsen, Marianne Røbekk Sivertsen, Silje Hageengen Lundeng og Lena Andreassen.

Vedtak:

1. Olav, Danielle og Linea deltar på møtet, og det planlegges et formøte i forkant.
2. Koordinator sender en henvendelse til ambulansetjenesten om mulig innlegg.
3. Ungdomsrådet tar informasjonen til orientering.

Neste møte:

12. oktober, kl. 15.30 til 18.30.

Siden sist i bilder



Oppfølgingsaker og status

1. Det må lages rutiner for gode overganger på alle relevante avdelinger.
 - ⇒ Oppfølging av rutine psykisk- helse og rusklinikken
 - ⇒ Stille et åpent spørsmål til aktuelle klinikker/avdelinger om å kunne gå i samarbeid om rutiner
2. Aldersgrensen på barneavdelingen må økes til 18 år.
 - ⇒ Ungdomsrådet satt i prosjektgruppe i 2023 og ga innspill om dette.
3. Ventetiden for barn og unge i psykiatrien og barnehabilitering må ned.
 - ⇒ Ta opp tematikken i brukerutvalget
4. Det må opprettes en barne- og ungdomsklinikk.
 - ⇒ Arbeidet er satt på vent.
5. Vi må ha et brukervennlig tilbakemeldingssystem, og tjenester som tar tilbakemeldingene på alvor.
 - ⇒ Prosess HelseNorge.
6. Vi ønsker muligheten for å få timer på ettermiddagen, etter jobb og skole.
 - ⇒ Innspill sendt til direktør, ta opp i aktuelle fora
7. Vi ønsker et ungdomsrom der ungdom kan oppholde seg når de er på sykehus.
 - ⇒ Ungdomsrom etablert på barneavdelingen. Kan man tenke breiere rundt rommet? Diskutere med det nye ungdomsrådet og kontaktperson Silje.
8. Kommunikasjonen med barn og ungdom må bli bedre – vi må møtes *der vi er*.
 - ⇒ Internundervisning og foredrag, plakat 10 råd, delta på fagdager, sende ut melding hvor vi inviterer oss inn
9. Samarbeidet mellom dere må bli bedre, internt i sykehuset og mellom skole/kommune/sykehus, og koordinatorsystemet må funke.
 - ⇒ Helsefelleskap (SSU), involveres i under-råd, koordinatorsystemet, hva er lovpålagt? Hva har man krav på? Generelt rettigheter, følge saken i brukerutvalget:
Møte til våren/helgesamling
10. Tilbudet til skeive og transpersoner må bli bedre, og de må bli møtt på en respektfull måte.
 - ⇒ Bidratt til å markere Pride 2023 og arrangert kurs
11. Pårørende og barn som pårørende må følges bedre opp
 - ⇒ Ungdomsrådet deltar på fagdag og opplæring av helsepersonell, utvikle/dokument som omhandler ungdom som er pårørende, **helgesamling/arbeidsgruppe**
12. Informasjon om dine rettigheter som ungdom
 - ⇒ Eget møte
13. Besøk sykehuskolen
14. Vardesenteret



Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF

REFERAT

4. september 2023

Ingebjørg Thorbjørnsen 04.09.23

Postadresse

Finnmarkssykehuset
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Besøksadresse

Hammerfest sykehus
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Tlf, sentralbord: 78 42 10 00

postmottak@finnmarkssykehuset.no
www.finnmarkssykehuset.no

Organisasjonsnummer
983 974 880



Sandra Emilie Eliassen	Leder		
Sol Andrea Hasselberg	Nestleder	Meldt forfall	
Evelina Sæter Tro Johnsen	Medlem		
Aleksander Kysnes Arntzen	Medlem		
Maria Kaliainen Kyrrø	Medlem		
Eskil Haraldsvik Amundsen	Medlem	Forfall	
Eline Lilleeng	Medlem	Meldt forfall	

Fra administrasjonen møtte:

Beate Juliussen	Administrasjonslederkoordinator
Ingebjørg Thorbjørnson	Koordinator, referent

Andre:

Ragnhild Hals	Leder av barne- og ungdomsprogrammet ved Oslo Universitetssykehus, deltok på sak 24/2023
Jonas Valle Paulsen	Avdelingsleder innovasjon i Finnmarkssykehuset, deltok på sak 25/2023



Sak 22/2023 Godkjenning av innkalling og saksliste

Det innkalles til møte i Ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset HF **digitalt mandag 4. september kl 17:00-19:00**

Saksnummer	Sakens navn
22/2023	Godkjenning av innkalling og saksliste
23/2023	Godkjenning av referat fra 5. mai 2023
24/2023	Barn og unge på sykehus
25/2023	Teknologi i Finnmarkssykehuset
26/2023	Funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord
27/2023	Forberedelse til regional samling for ungdomsråd i Bodø 29. september til 1. oktober 2023
28/2023	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
29/2023	Eventuelt

Sak 23/2023 Godkjenning av referat fra Ungdomsrådsmøte 5. mai 2023

Vedtak: Referat fra Ungdomsrådsmøte 5. mai 2023 godkjennes.

Sak 24/2023 Barn og unge på sykehus

Innledning av Ragnhild Hals, leder av barne- og ungdomsprogrammet ved Oslo Universitetssykehus.

Vedtak: Ungdomsrådet tar informasjon til orientering.

Sak 25/2023 Teknologi i Finnmarkssykehuset

Innledning av Jonas Valle Paulsen, Teknologi- og innovasjonsleder.

Vedtak: Ungdomsrådet tar informasjon om teknologi i Finnmarkssykehuset til orientering

Sak 26/2023 Funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord

Koordinator Beate Juliussen innledet i saken.

Vedtak: Ungdomsrådene i Helse Nord vil komme med en samlet uttalelse angående funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.

Sak 27/2023 **Forberedelse til regional samling for ungdomsråd i Bodø 29. september til 1. oktober 2023**
Koordinator Beate Juliussen innledet i saken.

Vedtak: Sandra Emilie og Sol har ansvaret for å lage presentasjon til samlinga.

Sak 28/2023 **Orienteringssaker**

1. Muntlig informasjon fra UR leder
Leder har vært i kontakt med de kommunale ungdomsrådene i Alta og Hammerfest som har kommet med innspill til ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset.
2. Muntlig informasjon fra UR medlemmer
Et medlem av ungdomsrådet kan delta den 6.10.23 på Pasientssikkerhetsuka ved Hammerfest sykehus. En av koordinatorene vil også delta.
3. Muntlig informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset
Intet å melde.

Vedtak: Informasjon tas til orientering.

Sak 29/2023 **Eventuelt**

Det fremkom ingen saker under eventuelt.

Protokoll

Vår ref.:
2023/94-51

Referent.:
Cecilie Henriksen

Dato:
2.10.2023

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	2. oktober 2023
Møtested:	Teams
Neste møte:	10. november 2023

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Cecilie Henriksen	Rådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
-------------	-----------------	----------------

Saksliste:

- RBU AU-sak 23/2023 Møte i Regionalt brukerutvalg 11. oktober 2023 – godkjenning av sakliste og tidsplan
- RBU AU-sak 24/2023 Innovasjonsnettverk Helse Nord - forslag til hvordan brukermedvirkning på systemnivå kan styrkes i innovasjonsfeltet
- RBU AU-sak 25-2023 Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene – oppfølging av innspill
- RBU AU-sak 26-2023 Eventuelt

RBU AU-sak 23-2023 Møte i Regionalt brukerutvalg 11. oktober – godkjenning av saksliste og tidsplan

Sakslisten til møte i Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Nord RHF 11. oktober 2023 ble gjennomgått og drøftet.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF (AU RBU) ga sin tilslutning til sakslisten til møtet i Regionalt brukerutvalg 11. oktober 2023.
2. AU RBU ber om at det fremmes en sak i RBU-møtet 22. november 2023 om oppnevning av ny representant til AU RBU som skal delta ut perioden for nåværende RBU.
3. AU RBU presiserte at det er viktig å kommunisere endringer i tjenestetilbud på en god måte til pasient- og brukerorganisasjoner og befolkningen for øvrig. Dette gjelder både med hensyn til sak om styringskrav og rammer for 2024 og andre prosesser som medfører endringer i tjenestetilbud.

RBU AU-sak 24-2023 Innovasjonsnettverk Helse Nord - forslag til hvordan brukermedvirkning på systemnivå kan styrkes i innovasjonsfeltet

Gunnhild Berglen har etter invitasjon deltatt i møte i innovasjonsnettverket i Helse Nord for å snakke om brukermedvirkning og komme med forslag til hvordan brukermedvirkning på systemnivå kan styrkes i innovasjonsfeltet. Saken fremmes for AU RBU for å skriftliggjøre en felles anbefaling til innovasjonsnettverket fra AU RBU på området.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg (AU RBU) ønsker at Gunnhild Berglen og Cecilie Henriksen utarbeider et brev med anbefalinger som sendes til innovasjonsnettverket på vegne av AU RBU.

RBU AU-sak 25-2023 Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene – oppfølging av innspill

Oppfølging av vedtak i *RBU-sak 82-2023 Oppdragsdokument 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene – innspill*. Diskusjon.

Vedtak:

1. Leder og nestleder i Regionalt brukerutvalg (RBU) tar videre innspill som ble vedtatt i ekstraordinært møte i RBU 2. oktober 2023 (*RBU-sak 82-2023*), til diskusjon i møte i Interregionalt brukerutvalg 9.-10. oktober 2023.

RBU AU-sak 26-2023 Eventuelt

1. Innspill til program IRBU-møte 9.-10. oktober 2023

- a. Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg (AU RBU) ba administrasjonen i Helse Nord RHF videresende innspill til oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, som ble vedtatt på ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg 2. oktober 2023 (*RBU-sak 82-2023*).
- b. AU RBU ba om at 10 råd for brukermedvirkning utarbeidet av ungdomsrådene i Helse Nord legges ved sak om brukermedvirkning og omstillingsprosesser.
- c. AU RBU ba om at rutiner og retningslinjer for oppnevning i felleseide helseforetak inkluderes ved en diskusjon om denne saken i det kommende møtet.

2. Regionalt styreseminar 24.-25. oktober 2023

- a. Leder og nestleder i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF takker ja til invitasjonen fra administrerende direktør i Helse Nord RHF om å delta med et innlegg på Regionalt styreseminar den 24.-25. oktober 2023.

Bodø, den 2. oktober 2023

godkjent av Knut Hartviksen,

i etterkant av RBU-møtet,

02.10.2023 kl. 16.12

Knut Hartviksen

RBU-leder

Ledere og nesteledere i de regionale helseforetakene møtes med jevne mellomrom i et eget møtefora: Interregionalt RBU. Det er fastsatt at det skal være et årlig møte mellom Interregionalt RBU og administrerende direktører i de regionale helseforetakene. Vedlagt er agendapunkter som ble spilt inn fra Interregionalt RBU til møtet 25. september 2023.

Agendapunkt meldt inn fra interregionalt brukerutvalg til møte med administrerende direktører i de regionale helseforetakene 25. september 2023:

Prioritering og samhandling - Omstilling med brukermedvirkning v/ Gunnhild Berglen, nestleder Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF

- Hvor gjøres de viktigste prioriteringene? Der de strategiske beslutningene fattes, der må det være brukermedvirkning
- Økonomi - Forståelse av at også vanskelige fagområder er egnet for medvirkning
- Hvordan skal vi klare å ta vare på alle disse nye eldre pasientene som kommer? De vil trenge mer både elektive og akutte tjenester
- Skal vi fortsette å sende pasientene mellom nivåene i helsetjenesten? Kan vi samlokalisere, samordne og samarbeide på nye og radikalt forskjellige måter?

Psykisk helsevern v/ Aina Nybakke, leder Regionalt brukerutvalg i Helse Sør-Øst RHF

- Nedbygging av sengeplasser/kapasitet
- Samhandling og tverrfaglighet for de aller sykeste
- Flere domfelte, flere av de tyngste syke – forebygging
- Prioritering

Agendapunkt meldt inn fra administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF:

- Praktisering av de nasjonale retningslinjene for regionale brukerutvalg

Møtedato: 11. oktober 2023
Vår ref.:
2023/94-47

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
03.10.2023

RBU-sak 92-2023

Eventuelt