

Helse Nord RHF

Beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien 2020

Evaluering – delrapport 1

Evalueringsgruppa i Helse Nord RHF, 30.06.2020

Godkjent av adm. direktør Cecilie Daae, 01.07.2020

Innholdsfortegnelse

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

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

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

Sammendrag

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

Formål med evalueringen

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

Avgrensning og fokus for evalueringen

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

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

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

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

Anbefalinger

Evalueringsgruppa anbefaler Helse Nord RHF å:

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

Bevarings- og forbedringspunkter

Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF

Bevaringspunkter

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

Forbedringspunkter

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

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

Evaluering av de prioriterte områdene - forbedringspunkter

1. Smittevernutstyr og annet kritisk materiell:

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

2. Intensivbehandling og intensivkapasitet:

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

3. Kritisk personell:

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

Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien - forbedringspunkter

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

1 Innledning

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

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

Kjernegruppa har bestått av:

Jørgen Hansen – leder evalueringsgruppa, Sikkerhets- og Beredskapsavdelingen.

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

Kirsti Freibu Tidemann, Økonomi, Eieravdelingen

Janny Helene Aasen, Internrevisjonen

I tillegg har arbeidsgruppa bestått av:

Anne May Knudsen, Kommunikasjonsavdelingen

Øivind Skogstad Hansen, Administrasjonsavdelingen

Anita Mentzoni-Einarsen, HR/Organisasjon, Eieravdelingen

Randi Brendberg, Fagavdelingen

Halvor Hygen, HR/Organisasjon, Eieravdelingen

Ørnulf Thorbjørnsen, Innkjøp, Eieravdelingen

Brite Jacobsen, arbeidstakerrepresentant Fagforbundet

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

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

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

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

2 Formål og omfang

2.1 Formål med evalueringen

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

2.1.1 Hovedmål

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

2.1.2 Delmål

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

2.1.3 Strategier

De viktigste strategiene i pandemiarbeidet ved koronautbrudd er:

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

2.2 Avgrensning og fokus for evalueringen

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

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

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

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

2.2.1 Metode

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

2.2.2 Evalueringsverktøy

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

2.3 Fokusområder i den foreløpige evalueringen

Den foreløpige evalueringen har bestått av følgende fokusområder:

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

¹ HelseCIM Evaluering – egen installasjon for evaluering av hendelser

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

3 Observasjoner og vurderinger

3.1 Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF

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

3.1.1 Innledende fase – beredskapsnivåer

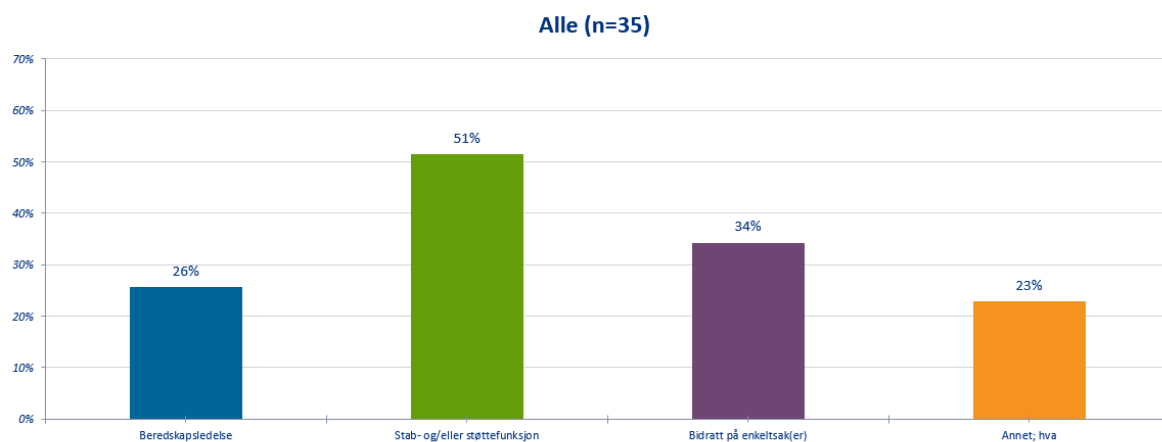
3.1.1.1 Observasjoner Innledende fase - beredskapsnivåer

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

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

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

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



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

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

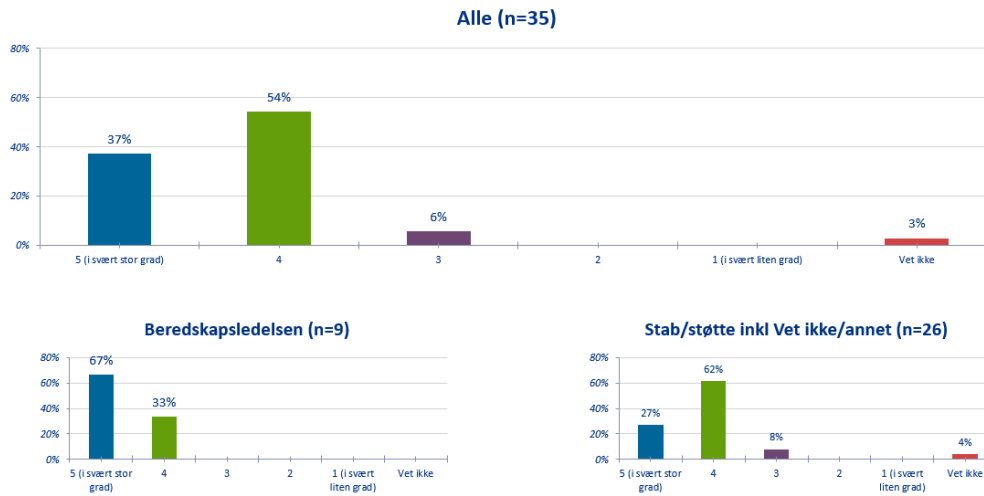
Da grønt beredskapsnivå ble besluttet den 31. januar hadde dette forholdsvis liten betydning for arbeidssituasjonen for de fleste, men dette endret seg vesentlig ved overgang til gult beredskapsnivå den 13. mars, hvor de fleste av respondentene har besvart at arbeidssituasjonen ble krevende, med lange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

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

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

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

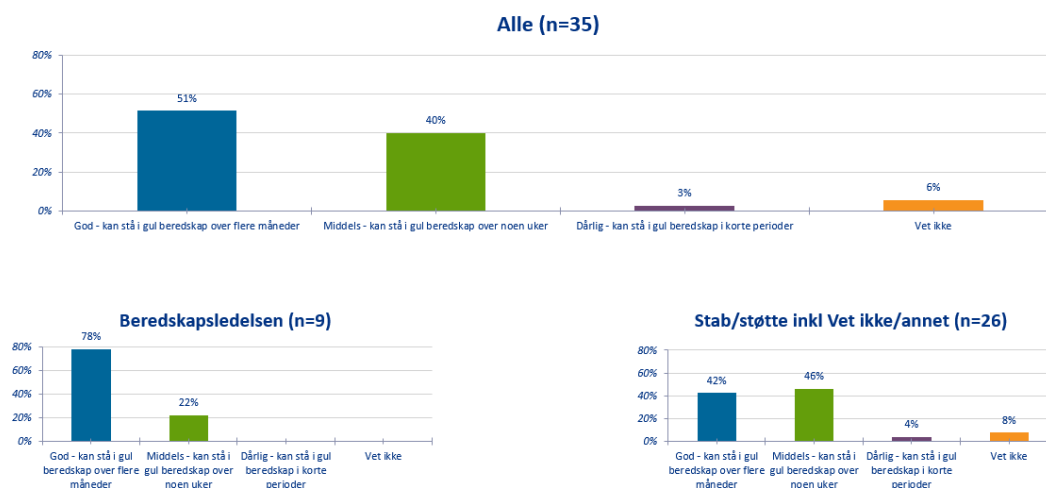
I hvilken grad mener du at ledelsen i RHF-et håndterte økningen i beredskapsnivået på en tilfredsstillende måte?



Figur 2 - RHF-ets håndtering av økning i beredskapsnivå

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

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



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

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

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

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

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

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

3.1.1.2 Vurderinger Innledende fase - beredskapsnivåer

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

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

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

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

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

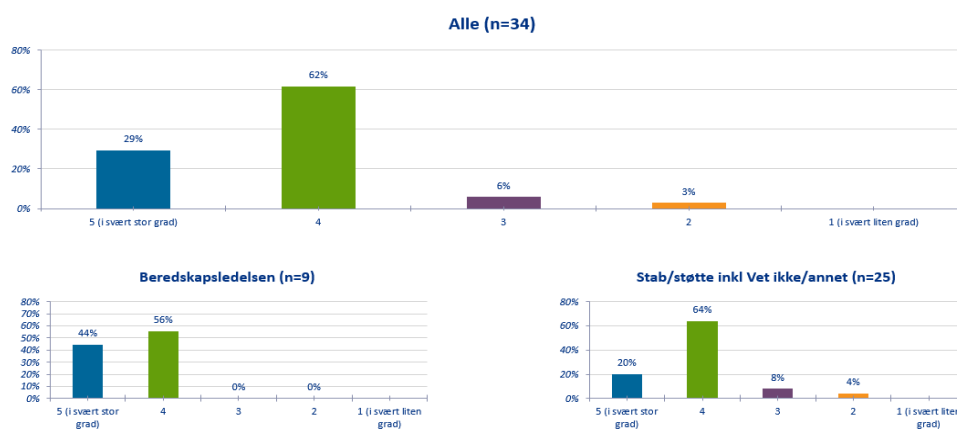
muligheter i enda større kunne vært benyttet, for dermed å redusere utveksling av informasjon gjennom andre kommunikasjonskilder, eks. epost.

3.1.2 Beredskapsledelse under pandemien

3.1.2.1 Observasjoner Beredskapsledelse under pandemien

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

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

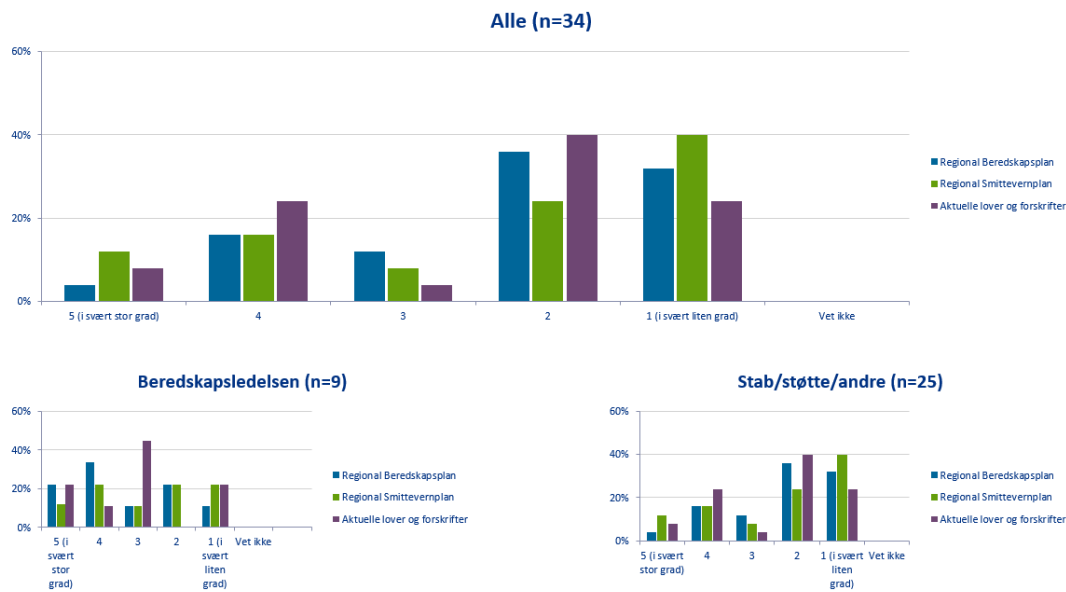


Figur 4 - RHT-ets beredskapsorganiserings adekvans i håndteringen av hendelsen

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

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

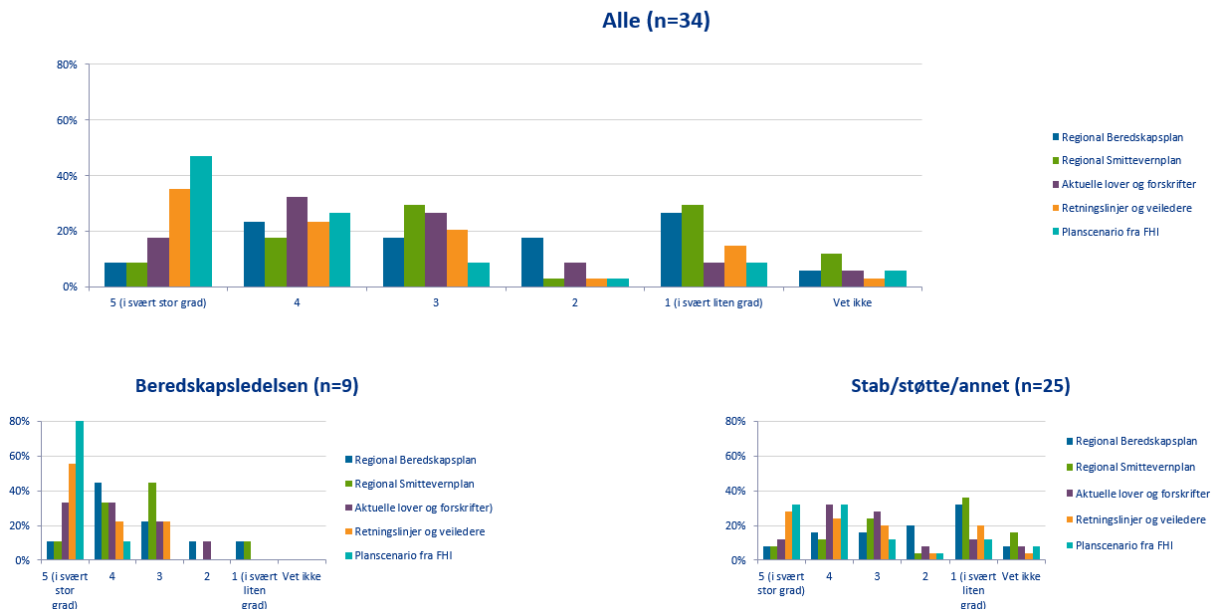
I hvilken grad kjente du til følgende sentrale dokumenter før hendelsen?



Figur 5 - Kjennskap til sentrale dokumenter før hendelsen

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

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

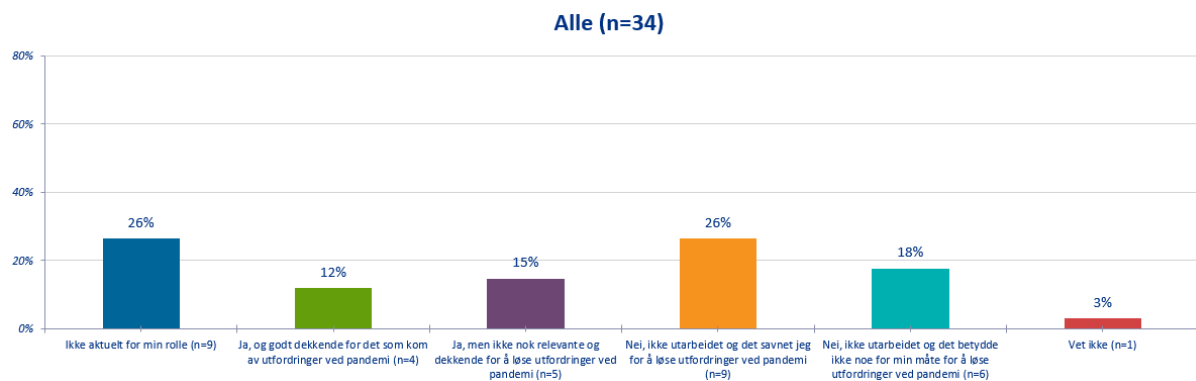


Figur 6 - Nytt av dokumenter under hendelsen

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

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

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



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

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

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

3.1.2.2 Vurderinger Beredskapsledelse under pandemien

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

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

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

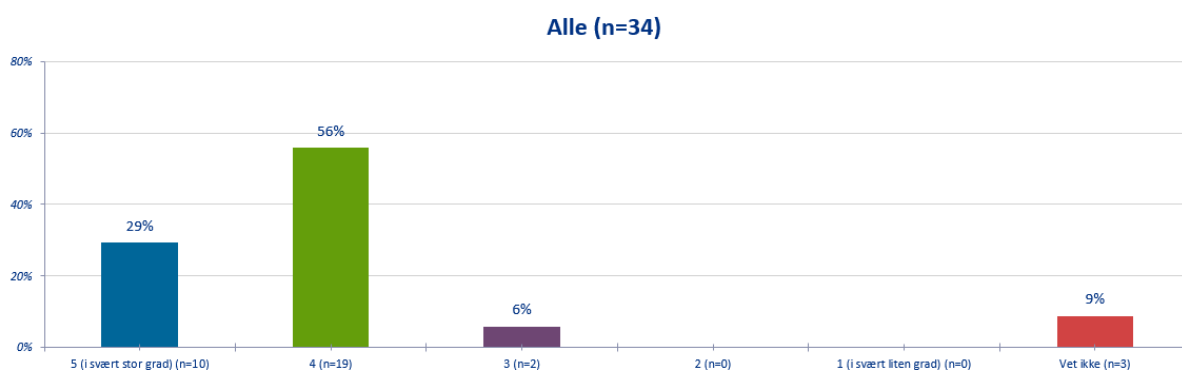
Det er videre uheldig at det manglet handlingsplan/tiltakskort/sjekkliste som var dekkende for de utfordringer som kom ved pandemien.

3.1.3 Situasjonsforståelse

3.1.3.1 Observasjoner Situasjonsforståelse

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

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



Figur 8 - Felles situasjonsforståelse i beredskapsledelsen

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

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

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

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

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

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

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

3.1.3.2 Vurderinger Situasjonsforståelse

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

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

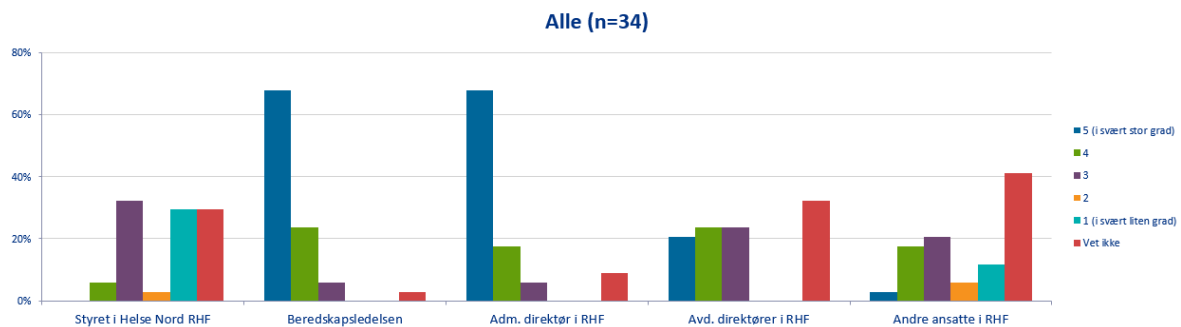
3.1.4 Beslutninger og dokumentasjon

3.1.4.1 Observasjoner Beslutninger og dokumentasjon

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

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

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



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

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

3.1.4.2 Vurderinger Beslutninger og dokumentasjon

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

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

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

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

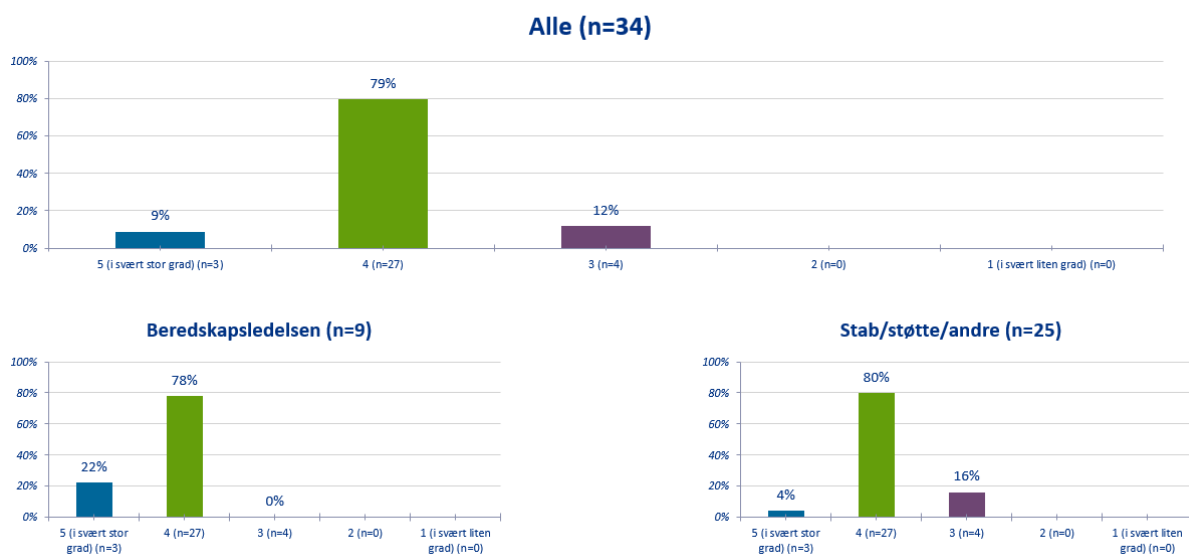
3.1.5 Kommunikasjon og formidling

3.1.5.1 Observasjoner Kommunikasjon og formidling

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

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

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



Figur 10 - Formidling av strategiske og operative beslutninger.

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

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

3.1.5.2 Vurderinger Kommunikasjon og formidling

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

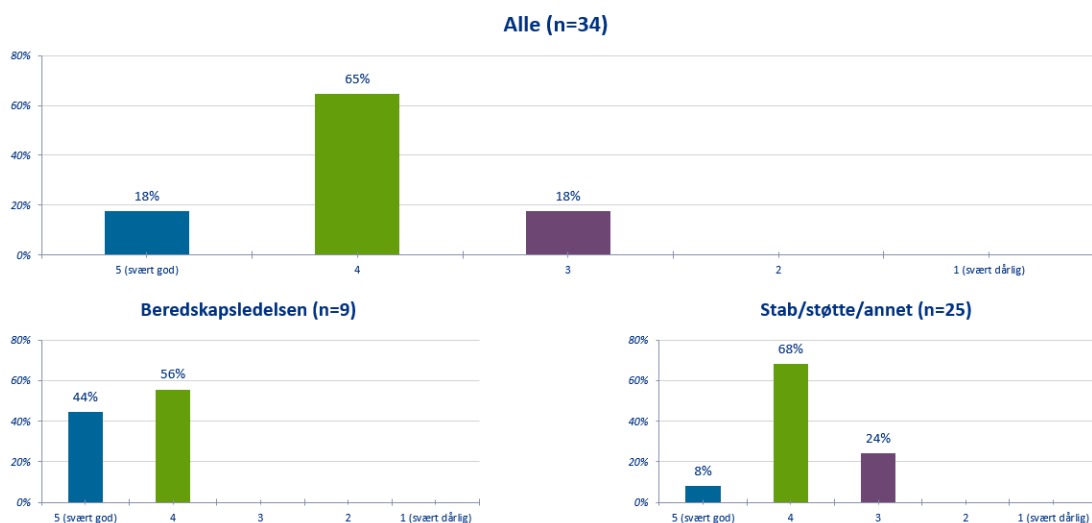
Det vurderes for øvrig som en svakhet at kommunikasjon ikke er berørt i den regionale beredskapsplanen for å sikre at foretaksgruppen kan enes om felles innhold i sine kommunikasjonskanaler.

3.1.6 Oppsummering og læring

3.1.6.1 Oppsummering

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

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

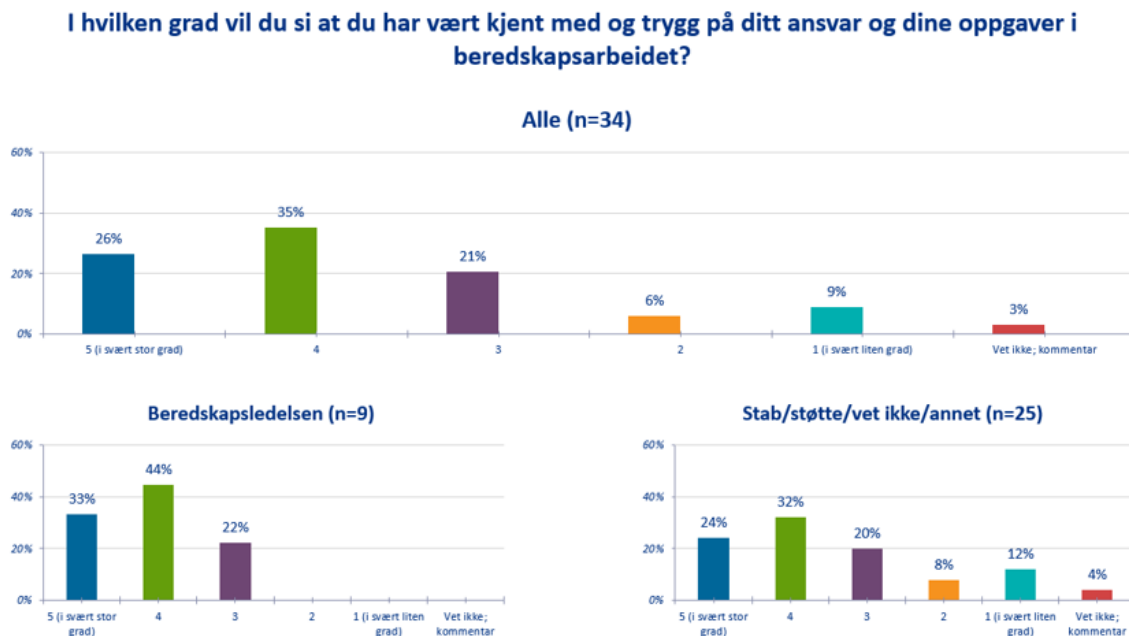


Figur 11 - Organiseringen av beredskapsarbeidet så langt under hendelsen

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

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

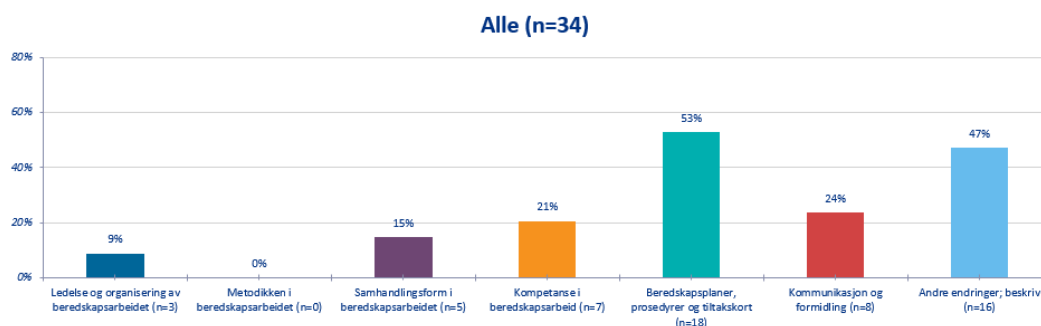
Respondentene har også blitt forespurt om de har vært kjent med og trygg på sitt ansvar og sine oppgaver i beredskapsarbeidet. Her har de fleste besvart at de i ganske stor grad er kjent med og trygg på ansvar og oppgaver i beredskapsarbeidet. Noen svarer at de i stor grad er det, men det er også flere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



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

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

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



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

3.1.6.2 Bevaringspunkter

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

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

3.1.6.3 Forbedringspunkter

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

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

3.2 Evaluering av de prioriterte områdene

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

3.2.1 Smittevernutstyr og annet kritisk materiell

Innkjøpsseksjonen har vurdert området smittevernutstyr og annet kritisk materiell.

3.2.1.1 Observasjoner Smittevernutstyr og annet kritisk materiell

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

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

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

Situasjonsbeskrivelse ved pandemien utbrudd:

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

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

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

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

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

3.2.1.2 Egenevaluering Smittevernustyr og annet kritisk materiell

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

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

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

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

fortløpende i en situasjon med leveringssvikt.

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

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

3.2.1.3 Forbedringspunkter Smittevernutstyr og annet kritisk materiell

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

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

3.2.2 Intensivbehandling og intensivkapasitet

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

3.2.2.1 Observasjoner Intensivbehandling og intensivkapasitet

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

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

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

Dette omfattet blant annet følgende områder:

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

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

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

3.2.2.2 Egevaluering Intensivbehandling og intensivkapasitet

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

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

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

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

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

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

3.2.2.3 Forbedringspunkter Intensivbehandling og intensivkapasitet

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

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

3.2.3 Kritisk personell

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

3.2.3.1 Observasjoner Kritisk personell

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.3.2 Egenevaluering Kritisk personell

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

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

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

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

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

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

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

3.2.3.3 Forbedringspunkter Kritisk personell

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

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

3.3 Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien

3.3.1 Observasjoner Bruk av hjemmekontor

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

3.3.2 Vurderinger Bruk av hjemmekontor

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

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

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

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

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

3.3.3 Forbedringspunkter Bruk av hjemmekontor

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

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

4 anbefalinger og læringspunkter

4.1 anbefalinger

Evalueringsgruppa anbefaler Helse Nord RHF å:

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

4.2 Bevarings- og forbedringspunkter

4.2.1 Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF

Bevaringspunkter

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

Forbedringspunkter

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

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

4.2.2 Evaluering av de prioriterte områdene - forbedringspunkter

Smittevernutstyr og annet kritisk materiell:

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

Intensivbehandling og intensivkapasitet:

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

Kritisk personell:

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

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

4.2.3 Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien - forbedringspunkter

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