

Møte

Regionalt Brukerutvalg

i Helse Nord RHF

Saksdokumenter

Dato: 10. og 11. november 2021

Kl.: 12.30 - 17.00, 10. november
08.30 - 14.00, 11. november

Sted: Radisson Blu Hotell, Bodø

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF

Kopi: Ledergruppen i Helse Nord RHF

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler Dato:
2021/1015-9/012 Kari Bøckmann/91196023 Bodø, 3. november 2021

Møte i Regionalt brukerutvalg 10. og 11. november 2021, innkalling og sakspapirer

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

10. november kl 12.30-17.00 og 11. november kl 08.30-14.00

Møtene avholdes på SAS Radisson Blu i Bodø

Det er mulighet for å delta på Teams.

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

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

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

Med vennlig hilsen

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 10-11. november 2021

Arkivnr.:
2021/1015-9

Saksbeh/tlf:
Kari Bøckmann, 75512900

Sted/Dato:
Bodø, 3. november 2021

RBU-sak 104-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

I samråd med leder inviteres det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet 10. og 11. november 2021:

Sak 104-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side 1
Sak 105-2021	Godkjenning av protokoll	Side 2
Sak 106-2021	Orientering fra SKDE om helseatlas	Side 11
Sak 107-2021	Budsjett 2022 foretaksgruppen, rammer og føringer	Side 12
Sak 108-2021	Tertialrapport T2- 2021	Side 34
Sak 109-2021	Mandat for strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF	Side 67
Sak 110-2021	Interregionalt prosjekt om samvalg - forslag til områder for utvikling av nye samvalgsverktøy	Side 106
Sak 111-2021	Anskaffelse rehabilitering. Orientering og oppnevning <i>Sakspapirer ettersendes</i>	
Sak 112-2021	Evaluering av brukererfaringer under pandemien	Side 109
Sak 113-2021	Oppdragsdokumentet 2022	Side 159
Sak 114-2021	Oppnevning av brukerrepresentant til KI-løsninger radiologi, samt gjennomgang av mandat for arbeidet	
Sak 115-2021	Orienteringssaker 1. Informasjon fra RBU-leder – muntlig 2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig 3. Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig 4. Styremøter i Helse Nord – informasjon om planlagte styresaker	Side 166
Sak 116-2021	Referatsaker 1. Referat AU-RBU 021121 2. Protokoll brukerutvalget Helgelandssykehuset 221021 3. Referat ungdomsrådet UNN 090921 4. Referat ungdomsrådet UNN 270921 5. Referat brukerutvalget UNN 14-150921	Side 169
Sak 117-2021	Eventuelt	Side 191

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

Innkalling og saksliste godkjennes.

Bodø, 3. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 10 - 11. november 2021

Arkivnr.:
2021/1015-2

Saksbeh/tlf:
Kari Bøckmann, 75512900

Sted/Dato:
Bodø, 3. november 2021

**RBU-sak 105-2021 Godkjenning av protokoll fra møte i det
Regionale brukerutvalget 14. oktober 2021**

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

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

Bodø, 3. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 14. oktober 2021
Vedlegg protokoll 14. oktober 2021. Innspill om MKA

Protokoll

Vår ref.:
2021/-1015-8

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

Sted/Dato:
Bodø, 14. oktober 2021

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	14. oktober 2021
Møtested:	Teams
Neste RBU - møte:	10.-11. november 2021

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Laila Edvardsen	nestleder	FFO
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Gunnhild Berglen	medlem	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Barbro Holmstad (fram til 11.00)	medlem	SAFO
Leif Birger Mækinen	medlem	FFO
Hege Johannesen	møtende vara	FFO
Cecilie Daae	administrerende direktør	Helse Nord RHF
Geir Tollåli	fagdirektør	Helse Nord RHF
Hilde Rolandsen	eierdirektør	Helse Nord RHF
Oddvar Larsen	assisterende direktør, sikkerhet og beredskap	Helse Nord RHF
Janny Helene Aasen	revisjonssjef	Helse Nord RHF
Kari Bøckmann	seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Jon Tomas Finnsson	seksjonsleder	Helse Nord RHF
Ståle Jamtli	prosjektleder	LAT
Siv Lunde	prosjektsektretær	HOD
Frank Nohr	rådgiver	Helse Nord RHF
Tone Amundsen	spesialrådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Åse Senning	medlem	FFO
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Elen Valborg Voulab	vara	FFO

RBU-sak 93-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 93-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 94-2021	Godkjenning av protokoll
Sak 95-2021	Prosjekt Medisinsk Koordinering Ambulansefly (MKA)
Sak 96-2021	Riksrevisjonens rapport om informasjonssikkerhet
Sak 97-2021	Oppdragsdokumentet 2022
Sak 98-2021	Innspill til revisjonsplan for 2022-2023
Sak 99-2021	Revisjon av regionale retningslinjer for honorering av brukerrepresentanter
Sak 100-2021	Oppnevning, regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord
Sak 101-2021	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra RBU-leder – muntlig2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig3. Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig4. Styremøter i Helse Nord – informasjon om planlagte styresaker
Sak 102-2021	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat AU-RBU 5. oktober 20212. Møtereferat fra Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 27.09.20213. Møtereferat fra Brukerutvalget Finnmarkssykehuset 22.09.20214. Møtereferat fra helgesamling med Ungdomsrådet i Nordlandssykehuset HF 24. til 26.09.20215. Protokoll fra møte i Brukerutvalget Helgelandssykehuset 24.09.2021
Sak 103-2021	Eventuelt

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

RBU-sak 94-2021 Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 14. september 2021

Vedtak:

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

RBU-sak 95-2021 Medisinsk Koordinering Ambulansefly (AMK)

Vedtak:

1. Informasjon om Prosjekt Medisinsk Koordinering Ambulanse (MKA) tas til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill:
 - a. Regionalt brukerutvalg vurderer Statens helsetilsyns gjennomførte tilsyn med ambulanselytjenesten, jf. rapporten *Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanselytjenester* (mai 2021) å være i tråd med pasienters og brukernes erfaringer. Regionalt brukerutvalg vurderer rapportens konklusjoner som meget alvorlige.

RBU er særlig bekymret for tjenestetilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

- b. Prosjektet er av stor betydning for pasientene og pasient- og brukerorganisasjoner har etterspurt kartlegging, evaluering og videreutvikling av tjenestetilbudet over lang tid. Regionalt brukerutvalg ber om at det legges opp til en bredere involvering av brukere i prosjektet, både ved at brukere inviteres til deltakelse i styrings- og prosjektgruppen samt at kunnskap fra pasient- og brukerorganisasjoner etterspørres.
- c. Regionalt brukerutvalg har en rekke innspill som oversendes prosjektet i etterkant av møtet. Innspillet vedlegges protokollen.

RBU-sak 96-2021 Riksrevisjonens rapport – informasjonssikkerhet

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar regional handlingsplan for informasjonssikkerhet til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill:
 - a. Det bør være brukermedvirkning ved anskaffelser av medisinskteknisk utstyr som innebærer automatisk overføring av data.
 - b. Pasienter må gis mulighet til å reservere seg for bruk av utstyr som innebærer automatisk overføring av data.

RBU-sak 97-2021 Oppdragsdokumentet 2022

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalgs innspill til Oppdragsdokumentet 2022 samt innspill fra regionens Ungdomsråd og Brukerutvalg oversendes Helse Nord for videre behandling.
2. Prioritering av innspill vil drøftes videre i RBU-møte 10. november 2021.

RBU-sak 98-2021 Innspill til revisjonsplan for 2022-2023

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg foreslår at det gjennomføres internrevisjon innen følgende temaer i perioden 2022-2023:
 - a. Legemiddelhåndtering: Medisinnedbrytning hos eldre pasienter; hvordan brukes kunnskap om dette i tjenestene i dag.
 - b. Avstand til tjenestene; hvordan påvirker lang reisevei til sykehuset pasientens helse, både med hensyn til tjenesteforbruk, behandling og behandlingsresultat.
 - c. Fastlegenes kapasitet, konsekvenser for pasienten.

RBU-sak 99-2021 Revisjon av regionale retningslinjer for honorering av brukerrepresentanter

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar saken til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill:
 - a. Det er gjort et grundig arbeid og Regionalt brukerutvalg stiller seg bak utkastet, med de forslag til tekstendringer som framkom i møtet.
 - b. RBU ønsker at mulighet for innleie av personell til omsorg for nærstående som brukerrepresentanten har omsorgsansvar for, omtales under pkt. 8.2.
 - c. Opplæring i det å sende honorarkrav og reiseregninger må gis ved oppstart av arbeid som brukerrepresentant.

RBU-sak 100-2021 Oppnevning av deltakere til regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner Ole Marius Minde Johnsen og en representant fra Ungdomsrådene i regionen som brukerrepresentanter i regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord. Navn på ungdomsrepresentant ettersendes.

RBU-sak 101-2021 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder Knut Georg Hartviksen - muntlig
 - 23.09.2021 SAMUT møte
 - 24.09.2021 Foretaksmøte HN RHF
 - 27.09.2021 Møte i Beslutningsforum for Nye metoder
 - 28.09.2021 Tematime Styre HN RHF
 - 01.10.2021 Styringsgruppe-Strategi for prehospitaltjenester
 - 05.10.2021 Styringsgruppe-Regional utviklingsplan 2038
 - 07.10.2021 Møte i IRBU
 - 11.10.2021 Foretaksmøte i HN
 - 13.10.2021 Metodevarsling for legemidler i Nye metoder
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig

Hege Johannessen

08.10.2021 Fagråd i pasient- og pårørendeopplæring

Laila Edvardsen

07.10.2021 Interregionalt brukerutvalg

Ester Marie Fjellheim

22.09.2021 Regional arbeidsgruppe, spes- helsetj. til den samiske befolkningen

01.10.2021 Interregionalt arbeidsgruppe spes.helsetj. til den samiske befolkningen

13.10.2021 Regional arbeidsgruppe spes- helsetj. til den samiske befolkningen

Leif Birger Mækinen

- 01.10.2021 Strategi for prehospitale tjenester
- 01.10.2021 Kompetansegruppe rekvisisjonspraksis
- 05.10.2021 Styringsgruppe - Regional utviklingsplan 2038

Gunhild Berglen

- 16.09.2021 Styremøte Pasientreiser HF
- 24.09.2021 Arbeidsgruppe rekvisisjonspraksis
- 04.10.2021 Regional arbeidsgruppe for digitale innbygger- og samhandlingstjenester
- 01.10.2021 Kompetansegruppe rekvisisjonspraksis
- 07.10.2021 Arbeidsgruppe rekvisisjonspraksis
- 11.10.2021 Regional arbeidsgruppe for digitale innbygger- og samhandlingstjenester. Særmøte

Ole-Marius Minde Johnsen

- 11.10.2021 Regional arbeidsgruppe for digitale innbygger- og samhandlingstjenester. Særmøte

Nikolai Raabye Haugen

Programkomite Regional pasientsikkerhetskonferanse, ukentlige møter fram til konferansen

Arne Vassbotn

22092021 Samut

3. Informasjon fra RHF-ledelsen
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 102-2021 Referatsaker

1. Referat AU-RBU 5. oktober 2021
2. Møtereferat fra Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 27.09.2021
3. Møtereferat fra Brukerutvalget Finnmarkssykehuset 22.09.2021
4. Møtereferat fra helgesamling med Ungdomsrådet i Nordlandssykehuset HF 24. til 26.09.2021
5. Protokoll fra møte i Brukerutvalget Helgelandssykehuset 24.09.2021

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 103-2021 Eventuelt

Ingen saker til eventuelt.

Bodø, den 14 oktober 2021

Godkjent av Knut Georg Hartviksen
den 14. OKTOBER 2021 – kl. 14.00

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Vedlegg:
Innspill fra Regionalt Brukerutvalg til prosjekt Medisinsk Koordinering Ambulansefly

Vedlegg:

RBU-sak 95-2021 Prosjekt Medisinsk Koordinering Ambulansefly (MKA)

Regionalt brukerutvalg fattet følgende vedtak i sak 95-2021, 14. oktober 2021:

1. *Informasjon om Prosjekt Medisinsk Koordinering Ambulanse (MKA) tas til orientering.*
2. *Regionalt brukerutvalg har følgende innspill:*
 - a. *Regionalt brukerutvalg vurderer Statens helsetilsyns gjennomførte tilsyn med ambulansedytjenesten, jf. rapporten Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulansedytjenester (mai 2021) å være i tråd med pasienters og brukernes erfaringer. Regionalt brukerutvalg vurderer rapportens konklusjoner som meget alvorlige. RBU er særlig bekymret for tjenestetilbudet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser.*
 - b. *Prosjektet er av stor betydning for pasientene og pasient- og brukerorganisasjoner har etterspurt kartlegging, evaluering og videreutvikling av tjenestetilbudet over lang tid. Regionalt brukerutvalg ber om at det legges opp til en bredere involvering av brukere i prosjektet, både ved at brukere inviteres til deltakelse i styrings- og prosjektgruppen samt at kunnskap fra pasient- og brukerorganisasjoner i Norge etterspørres.*
 - c. *Regionalt brukerutvalg har en rekke innspill som oversendes prosjektet i etterkant av møtet. Innspillet vedlegges protokollen.*

RBU har følgende innspill jamfør vedtakspunkt c):

- Tjenestene må knyttes sammen, være innbyrdes forpliktende og genuint samhandlende.
- Alle vurderinger som gjøres underveis i transporten, må dokumenteres i pasientens journal. Dette er avgjørende for pasientsikkerheten. Lydlogger kan ikke være eneste dokumentasjon (se side 47 i rapport).
- Samhandlingen mellom de ulike aktørene og dokumentasjonen av denne må knyttes til pasienten. «Flytekniske utfordringer», «manglende samhandlingsløsninger», «klassifiseringssystemer» og «verifiseringsrutiner», må ikke registreres som isolerte hendelser men knyttes opp til det helhetlige pasientforløpet.
- Fragmentering av ansvar i prosessen er risikodrivende. Det må avklares hvem som har ansvar for pasienten til enhver tid. Altfor ofte har vi hørt om pårørende, ansatte i boliger og på legevakt som blir etterlatt i et ansvars-vakuum når beslutning om flytransport er tatt, med en svært ustabil, utagerende, stadig forverret og pleietrengende pasient. Dette gjelder gjerne pasienter som kommer fra kommunale helsetjenester og legevakt, og særlig ved tvungent psykisk helsevern (TPH). Det er ikke god nok forståelse for hvor ille en slik forsinkelse av behandlingstilbudet er for pasientene i den tiden de venter på transport og hvor ødeleggende dette er for deres forhold til pårørende og ofte til hele lokalsamfunnet de skal fortsette å leve i. Spesialisthelsetjenesten ansvar for å gi faglig god behandling fram til transport startes må tydeliggjøres.
- Manglende prehospitalet behandling i ventetid før transport påvirker pasientens helsetilstand, forløp og er en pasientsikkerhetsrisiko.
- Kunnskapsgrunnlaget om forlenget prehospitalet fase må styrkes. Ved kunnskapshull bør RHF'ene bidra til å initiere ny og relevant forskning. Se også side 52 i rapporten.
- Når prehospitalet ventetid og behandling ikke knyttes direkte opp mot pasientens journal og det ikke finnes samstemte avvikssystemer, mister man viktige verktøy for å

forstå behandlingsresultatet. Rapporten beskriver på side 62 at man ikke undersøker hvordan lang ventetid påvirker pasientens prognose. Man har heller ikke oversikt over hvordan transportens karakter påvirker risiko for reinnleggelse eller ny komplisert transport.

- Et enhetlig og universelt tilrettelagt avvikssystem må benyttes, og det må knyttes opp mot både system og enkeltpasienters journal. Avvikene må eies av de som eier ansvaret for pasienten. Systemene må underbygge læring på tvers og endring i rutiner.
- Det som måles må være relevant og viktig. «Oppetid» på tjenesten kan ikke begrenses til en faktor. Duty-bestemmelser, vaktskifter som medfører at fly ikke er tilgjengelig ressurs, nattestenging av flyplasser, helgestenging av beredskap på enkelte flybaser, samkjøring med bilambulanse, grensesnitt mot helikoptre, leger knyttet opp mot beslutningskjeden som er ikke tilgjengelig på grunn av annet arbeid, henting av lege, korrespondanse opp mot ulike nivåer i AMK og fly ambulansetjenesten – alt dette bidrar til den totale tilgjengeligheten og den reelt tilgjengelige akuttressursen. Det er det samlede ressursbildet som er interessant ut fra et pasientperspektiv, ikke de fragmenterte enkeltfaktorene.
- RBU har gjennom flere år løftet fram opplevelser og fortellinger fra mennesker med psykisk helse- og ruslidelser. Med denne rapporten erfarer vi at våre fortellinger anerkjennes og gis tyngde fra tilsynsmyndigheten. Endringer som må på plass:
 - Enhetlige bestillingsrutiner
 - Ventetid må beregnes fra beslutning om transport fattes ovenfor pasient, til pasienten er framme på behandlingsstedet.
 - Tydelige transportkrav, med hastegrad, for ulike tilstander
 - Akutt prehospital behandling i ventetiden fra kompetent personell
 - Tilrettelagte lokaler for venting på transport
 - Gjennomgående kunnskap om kompetent ledsagertjeneste, slik at dette kan mobiliseres raskt
 - Rask oppgradering på hastegrad ved forverring og dersom tvang blir nødvendig

Det kan ikke være slik at politiet blir akuttpsykiatriens spesialisthelsetjeneste i distriktene. Slik det er nå, er det politibiler og arrestlokaler som blir ventelokaler og akuttstuer. Det er uverdige og er ikke i tråd med statlige føringer.

- Det må etableres system for innhenting av avvik, klage og tilbakemelding fra pasienter og pårørende.
- Det må være brukermedvirkning på alle nivå i dette arbeidet med MKA. Brukermedvirkere må sitte fast i arbeidsgrupper og prosjektstyrer, det må innhentes uttalelser flere ganger i løpet av prosessen fra alle BU og RBU'er. Det bør også inviteres inn representanter fra organisasjoner som er særlig berørt av ambulanseflysituasjonen, som LHL, NAAF, Mental Helse, LPP og Rio. Brukerrepresentanter bør også være en del av analyseteamet i driftsfase.

Regionalt brukerutvalg, 19. oktober 2021

Møtedato: 10-11. november 2021

Arkivnr.:
2021/999

Saksbeh/tlf:
Hanne Sigrun Byhring

Sted/Dato:
Bodø, 3. november.2021

RBU-sak 106-2021 Orientering fra SKDE om helseatlas

Formål

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ønsker å orientere Regionalt brukerutvalg om hva helseatlas er, hvordan tema for atlasene velges, om mulige fremtidige atlas og hvilket atlas vi holder på å produsere på nåværende tidspunkt. SKDE ønsker også å diskutere med RBU hvordan vi kan samarbeide for å sikre at resultater fra Helseatlas tas i bruk for å bedre tilbudet til pasientene.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

I Norge er det et mål at hele befolkningen skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester på tvers av geografi og sosiale grupper. Helseatlas er et verktøy for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles. For de regionale helseforetakene, som har et «sørge for»-ansvar knyttet til befolkningen i sin region, er det viktig å ha denne kunnskapen om helsetjenester for å kunne gi et likeverdig tilbud av god kvalitet til pasientene. Ut i fra et pasientperspektiv er det også viktig at de regionale helseforetakene faktisk benytter denne kunnskapen til å forbedre sine spesialisthelsetjenester.

Helseatlas er en nettbasert karttjeneste. Atlaset består av et interaktivt Norgeskart, faktaark, samt en rapport som redegjør for metode og beskriver hvert pasientutvalg mer inngående. Helseatlas utvikles og leveres av SKDE i samarbeid med Helse Vest og Helsedirektoratet.

Konklusjon

SKDE anser det som nyttig at RBU holdes informert om helseatlasenes hensikt og funksjon, samt om planer for framtidige atlas. SKDE imøteser også gjerne innspill fra RBU på hvordan kommunikasjonen mellom senteret og utvalget kan styrkes.

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

1. RBU tar informasjonen fra SKDE Helseatlas til etterretning.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til saken:

Bodø, den 3. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: Lenke til helseatlasene på internet: <https://helseatlas.no/>

Møtedato: 10-11. november 2021

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:

Tidemann/Hansen, 75 51 29 00

Sted/Dato:

Bodø, 3. november 2021

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

Innledning/bakgrunn

Styret i Helse Nord behandlet 27. oktober sak Budsjett 2022, foretaksgruppen - rammer og føringer. Saken er i stor grad en oppfølging av RBU-sak 59-2021 Økonomisk langtidsplan 2022 - 2025, inkludert rullering av investeringsplan 2022 - 2029.

Saken legges med dette frem til orientering i etterkant på bakgrunn av kort tid mellom fremleggelsen av statsbudsjettet 12. oktober og styremøte i Helse Nord 27.oktober.

Problemstillinger

I forbindelse med at Statsbudsjettet ble lagt frem 12. oktober ble rammene som ble lagt i Økonomisk langtidsplan oppdatert. Det vises til vedlagte styresak for oversikt over endringene.

Vurdering

I sum medfører forslag til statsbudsjett 2022 betydelig strammere rammebetingelser enn lagt til grunn i *styresak 74-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 - inkl. rullering av investeringsplanen 2022-2029* (styremøte 22. juni 2021). Avviket utgjør 0,6 % av samlet forventet omsetning, eller om lag 125 mill. kroner. Hovedårsaken til avviket er at den nasjonale inntektsfordelingen påvirkes av befolkningsendringer. Nord-Norge har over tid hatt en relativ befolkningsnedgang, og de siste to årene en faktisk nedgang. Samtidig er det vekst i Sør- og Vest-Norge som medfører at ressurser til Helse Nord reduseres. Trekket i inntektsfordelingen for 2022 er 137 mill. kroner mer enn lagt til grunn i planen. Dette medfører at basistilskuddet har en realnedgang på 55 mill. kroner.

I tillegg opphører alle særskilte tilskudd til merkostnader og reduserte inntekter i forbindelse med pandemien, herunder bevilgninger til tiltak for reduserte ventetider og økt kjøp fra private. Dette medfører at inntekter på om lag 600 mill. kroner faller bort sammenlignet med 2021.

Konklusjon

I styresaken ble det videreført krav til helseforetakene innenfor de særskilte satsningsområdene i statsbudsjettet, herunder reduksjon av unødvendig venting, bedre kvalitet og pasientsikkerhet og å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette vil inkluderes i oppdragsdokument 2022.

Med bortfall av samtlige kompensasjoner i forbindelse med pandemien, svak økonomisk utvikling i særlig to helseforetak, og reduserte inntekter som følge av

omfordeling mellom regioner, vil likviditetsreserven svekkes. Dersom resultatutviklingen vedvarer utover i 2022 kan det bli nødvendig med utsettelse av investeringer allerede i 2022. Adm. direktør vil tilråde at utstyrsinvesteringer og investeringer innen IKT er det som evt. skyves på ved behov.

Konsekvenser på lengre sikt må adm. direktør komme tilbake til ved rullering av økonomisk langtidsplan i juni 2022. Dersom befolkningsutviklingen fortsetter vil det bety at Helse Nord må nedjustere forventet realvekst i inntektene framover. Dette betyr at kravet til prioritering, og helseforetakenes økonomiske utfordringer, skjerpes. Dersom pandemiens konsekvenser for driften i helseforetakene vedvarer vil investeringer måtte utsettes eller reduseres.

Det er usikkert om helseforetakene klarer å redusere kostnadene tilstrekkelig for 2022. Finnmarksykehusets og Nordlandssykehusets situasjon er svært krevende. Å redusere ventetider og fristbrudd kombinert med et stort behov for kostnadsreduksjoner er en utfordrende situasjon i helseforetakene.

Prioritering av psykisk helse og TSB skjer i form av bevilgninger til akutt plasser TSB (10 mill. kroner) og områdefunksjon for tilbud i fengsler (5 mill. kroner).

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

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

Bodø, den 3. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: Styresak 130-2021 Budsjett 2022, foretaksgruppen – ramme og føringer
Styresak 130-2021 Budsjett 2022, endelig vedtak
Styresak 130-2021 vedlegg

Møtedato: 27. oktober 2021
Vår ref.:
2021/1557-2/

Saksbehandler:
Tidemann og Monsen

Dato:
21.10.2021

Styresak 130-2021

Budsjett 2022, foretaksgruppen – ramme og føringer

Saksdokumentene var ettersendt.

Formål

Formålet med denne styresaken er å:

- redegjøre for konsekvenser av forslag til statsbudsjett 2022.
- foreslå saldering av budsjett 2022.
- vedta endelige budsjetttrammer og økonomiske resultatmål for 2022.
- redegjøre for helseforetakenes omstillingsutfordringer for 2022.

Styresaken bidrar til å oppfylle Helse Nords strategi gjennom å gi presise rammebetingelser og føringer som grunnlag for god virksomhetsstyring.

Beslutningsgrunnlag

Forslag til statsbudsjett 2022

I sum medfører forslag til statsbudsjett 2022 betydelig strammere rammebetingelser enn lagt til grunn i *styresak 74-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 - inkl. rullering av investeringsplanen 2022-2029* (styremøte 22. juni 2021). Avviket utgjør 0,6 % av samlet forventet omsetning, eller om lag 125 mill. kroner. Hovedårsaken til avviket er at den nasjonale inntektsfordelingen påvirkes av befolkningsendringer. Nord-Norge har over tid hatt en relativ befolkningsnedgang, og de siste to årene en faktisk nedgang. Samtidig er det vekst i Sør- og Vest-Norge som medfører at ressurser til Helse Nord reduseres. Trekket i inntektsfordelingen for 2022 er 137 mill. kroner mer enn lagt til grunn i planen. Dette medfører at basistilskuddet har en realnedgang på 55 mill. kroner.

I tillegg opphører alle særskilte tilskudd til merkostnader og reduserte inntekter i forbindelse med pandemien, herunder bevilgninger til tiltak for reduserte ventetider og økt kjøp fra private. Dette medfører at inntekter på om lag 600 mill. kroner faller bort sammenlignet med 2021. Helseforetakene har per september 2021 fremdeles en drift med betydelig større utfordringer enn før pandemien. Utfordringene varierer mellom helseforetakene, både i form av de økonomiske utfordringene og utfordringer med lange ventetider og fristbrudd. Det vises til *styresak 132-2021 Virksomhetsrapport nr. 9-2021*, som også behandles i dette styremøtet.

Forslag til statsbudsjett legger til rette for en samlet vekst i pasientbehandlingen på 1,4% på nasjonalt nivå når midlertidige tilskudd i 2021 ses bort ifra. Samlet styrkes basisrammen til Helse Nord med 81 mill. kroner for å øke aktiviteten, mot forutsatt 70 mill. kroner.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen medfører at aktivitetsavhengige inntekter underreguleres med om lag 25 mill. kroner. Adm. direktør legger til grunn at nødvendig effektivisering i foretaksgruppen realiseres med bakgrunn i økonomiske resultatkrav og årlige omstillingsbehov.

Pensjonskostnadene i Helse Nord øker med om lag 150 mill. kroner fra vedtatt budsjett 2021. Dette kompenseres med 141 mill. kroner i økt basisramme.

Forventet lønns- og prisstigning er 2,7 %, mens basisrammen justeres med vel 2,3 %. Dette skyldes at pensjonskostnader trekkes ut av grunnlaget for prisjustering, siden større endringer i disse kostnadene finansieres særskilt.

Helseforetakenes omstillingsbehov 2022

Helseforetakene har anslått at omstillingsbehovet for 2022 er i størrelsesorden 470 mill. kroner, omlag 2 % av foretaksgruppens budsjetterte omsetning i 2021. De siste måneders utvikling i henhold til *Styresak 132-2021 Virksomhetsrapport nr. 9-2021* som innebærer at omstillingsbehovet er økt. Omstillingsutfordringen for 2022 er i tillegg usikker som følge av bortfall av særskilte inntekter i forbindelse med pandemien og knyttet til normalisering av driften.

Målt mot omsetning har Finnmarkssykehuset klart størst utfordring i Helse Nord (5,2 %), mens UNN har lavest (0,9 %). Ingen av sykehusforetakene har per 1. oktober 2021 komplette tiltaksplaner for å løse utfordringene. Helseforetakene er underveis i budsjettprosessen og har krav til endelig styrebehandling innen medio desember 2021. Sykehusapotek Nord har løsning for tilpasningsutfordringene og Helse Nord IKT har som mål å omstille virksomheten med 0,5 %-poeng av driftskostnadene.

Forslag til saldering

I sum er rammebetingelsene om lag 125 mill. kroner dårligere enn forutsatt i plan. Det foreslås at helseforetakene på kort sikt skjermes mest mulig for å sikre stabile rammebetingelser, og slik at omstillingskravet ikke øker ytterligere for 2022. Overordnet er forslaget å redusere sentralt overskuddskrav med 65 mill. kroner, der 15 mill. kroner treffer helseforetakene, mens øvrige foreslås håndtert i RHF. Dette er realistiske, men kortsiktige løsninger.

Forslag til saldering:

- Antatt budsjettreserve vedr. luftambulanse disponeres 6 mill. kroner.
- Budsjett for IKT-området reduseres med 10 mill. kroner
- Budsjett for prosjekter m.m. i RHF reduseres med 10 mill. kroner
- Det forventes at ikke hele budsjettet for private avtalespesialister medgår, tilsvarende 5 mill. kroner
- Sentralt overskudd reduseres med 65 mill. kroner for 2022.
- Persontilpasset medisin forutsettes fulgt opp innenfor øremerket bevilgning til formålet (6 mill. kroner hittil, i tillegg forventes en andel av nasjonal bevilgning på 62,6 mill. kroner for 2022). Egen avsetning til persontilpasset medisin fjernes 4 mill. kroner.

- Følgende som påvirker helseforetakene:
 - Inntekter til finansiering av avskrivninger i helseforetakene prisjusteres kun delvis, lavere kompensasjon tilsvarer 7 mill. kroner.
 - Økte kostnader til pensjon finansieres ikke fullt ut, tilsvarende 8 mill. kroner. Deler av økningen er knyttet til økt bemanning som helseforetakene må håndtere innenfor rammene.

Dette er en kortsiktig løsning for 2022 og langsiktige effekter og justeringer av opplegget, må adm. direktør komme tilbake til i rullering av plan. Foreslått løsning forsøker å balansere at sentralt overskudd kan brukes som buffer i enkeltår, samtidig som vi må ta inn over oss at rammebetingelsene og resultatutviklingen gjør at kravene til effektivisering og prioriteringer vil skjerpes.

Nord-Norge har hatt en negativ befolkningsutvikling med en faktisk nedgang i 2019 og 2020. Kombinert med vekst i de andre regionene slår dette svært negativt ut i inntektsfordelingen. Vekstforutsetningene i vår økonomiske langtidsplan må etter all sannsynlighet reduseres ved rullering av planen. Resultatutviklingen har vært svært negativ etter pandemiutbruddet og driften er fremdeles ikke normalisert. Videreføring av nåværende drift vil medføre at investeringer i vedtatte langtidsplan må reduseres eller utsettes.

Resultatkrav

I tråd med *styresak 110-2021 – Nye Helgelandssykehuset - bærekraft, faglig strategisk utviklingsplan og tomtevalg* (styremøte 29. september 2021) økes resultatkravet til helseforetaket med 5 mill. kroner til +25 mill. kroner som følge av reduserte åpningsbalanseavskrivninger. Beløpet er endret fra styresaken basert på oppdatert informasjon om engangskostnader i 2022.

Overskudd i Helse Nord RHF foreslås redusert med 65 mill. kroner til +121 mill. kroner.

Øvrige endringer

Helsetjenester i fengsel

Det vises til *styresak 50-2021 Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon)* (styremøte 28. april 2021). Helse Nord RHF har avsatt 5 mill. kroner for å styrke denne tjenesten som fordeles til helseforetakene.

Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I tråd med *styresak 118-2021 Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019-2025 – oppfølging av styresak 12-2019* (styremøte 29. september 2021) fordeles 1,5 mill. kroner til UNN. Det er satt av 8,5 mill. kroner til etablering av tilbud ved Nordlandssykehuset og bevilgning vil tilpasses oppstart av tilbudet.

Innføring av betaling for nasjonale e-helseløsninger og nettløsninger

Økning i basisbevilgningen med 33,4 mill. kroner som kompensasjon for innføring av betaling for nasjonale e-helseløsninger. Beløpet inkluderer også felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Kompensasjonen er en oppfølging av forslaget til endringer i pasientjournalloven som legges frem sammen med statsbudsjettet.

Helse Nord RHF vil fra 2022 bære kostnader som tidligere er fakturert eller forutsatt håndtert av helseforetakene i henhold til *styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur – ansvar, roller og oppgaver* (styremøte 29. september 2021). Endringen i finansieringsmodellen gjør at det foreslås at 29,5 mill. kroner trekkes inn som skal motsvares av lavere kostnader enn tidligere forutsatt for helseforetakene.

Ny redningshelikopterbase i Tromsø

Stortinget har vedtatt etablering av en ny redningshelikopterbase i Tromsø. Det legges til grunn at døgnkontinuerlig medisinsk tilstedevakt betjenes av personell fra UNN. Helse Nord får en bevilgning på 4,9 mill. kroner i 2022 (halvårseffekt) til kompensasjon ved innføring av tilstedevakt for lege.

Endringer i bioteknologiloven og vedtak om fostermedisinsk undersøkelse

Økning i basisbevilgningen med 9 mill. kroner og ett særskilt tilskudd på 4,2 mill. kroner til Helse Nord som følge av lovendringer i bioteknologiloven. Dette gjelder tidlig ultralyd, endret aldersgrense for fosterdiagnostikk inklusiv NIPT og andre kostnader som tilkommer på sykehusene i tilknytning til å etablere og tilby assistert befruktning med eggdonasjon. Adm. direktør vil komme tilbake til fordeling av bevilgningen.

Informasjonssikkerhet

I *styresak 74-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkl. rullering av langsiktig investeringsplan 2022-2029* (styremøte 22. juni 2021) er det satt av 20 mill. kroner til økt satsing på informasjonssikkerhet.

Det anbefales at 15 mill. kroner fordeles til dekning av kostnader knyttet til regionalt besluttede tiltak for å lukke svakhetene som er avdekket, og at beløpet inngår i RHFets samlede IKT-budsjett. Den resterende rammen på 5 mill. kroner foreslås avsatt til etablering av to nye stillinger i Helse Nord RHF innen sikkerhet og beredskap og IKT og til sikkerhetsrevisjoner.

Investeringsrammer

I Helgelandssykehusets *styresak 31/2021: Innspill til Helse Nord på økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan* (styremøte i Helgelandssykehuset 26. april 2021), ba Helgelandssykehuset om at investeringsrammen ble økt med 20 mill. kroner med bakgrunn i resultatoppnåelse for 2020. Ved en feil ble ikke dette lagt inn i plan 2022 - og dette foreslås nå håndtert.

IKT

Det flyttes avsatte investeringsrammer til reanskaffelser innen IKT fra Helse Nord RHF til Helse Nord IKT. Det er behov for ytterligere avklaringer knyttet til justering av rammer mellom Helse Nord RHF og Helse Nord IKT HF jf. *styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur – ansvar, roller og oppgaver* (styremøte 29. september 2021). Samtidig er det behov for at Helse Nord IKT får klare rammer.

Det foreslås at adm. direktør får fullmakt til å gjøre justeringer i investeringsrammer mellom avsatte rammer i Helse Nord RHF til Helse Nord IKT og at dette innarbeides i *styresak om konsolidert budsjett for 2022*.

Fagplan TSB

I tråd med styresak 118-2021 *Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019-2025 – oppfølging av styresak 12-2019* (styremøte 29. september 2021) økes investeringsrammen til Nordlandssykehuset med 10,2 mill. kroner til ombygging/flytting av arealer for akutt plasser TSB.

Investeringer og likviditet

Helse Nord RHF er innvilget lån til nye Narvik sykehus og nye Hammerfest sykehus med lånerammer for 2022 på henholdsvis 539 og 514 mill. kroner. Dette er omlag som forutsatt i plan.

Risiko

I styresak 74-2021 *Økonomisk langtidsplan 2022-2025 - inkl. rullering av investeringsplan 2022-2029* fattet styret følgende vedtak i punkt 11:

11. Styret ber om at det legges frem en egen sak om prinsipper for finansiell risiko i oktober 2021.

Adm. direktør ser behov for å forankre vurderinger knyttet til saken og vil legge fram en egen bredere sak om håndtering av finansiell risiko i et senere styremøte. De siste to årene har usikkerheten økt mht. rammebetingelser, risiko i omstillingsgjennomføring og driftsresultat.

Likviditetsrisikoen øker med bakgrunn i bortfall av inntekter og status for driften i helseforetakene. Foretaksgruppen tåler ikke vedvarende avvik fra budsjett for drift og investeringer. Dersom resultatene for foretaksgruppen ikke realiseres framover, vil det få likviditetsmessige konsekvenser og investeringer må reduseres eller forskyves. Laveste punkt i likviditetsframskrivningen er i 2024. Investeringer gjennomføres i noe lavere tempo enn forutsatt og dette bidrar til at likviditetsbeholdningen på kort sikt er akseptabel, men dersom helseforetakenes drift ikke bedres tidlig i 2022 vil det kunne bli likviditetsutfordringer allerede mot slutten av 2022.

I budsjettopplegget for 2022 er det tatt høyde for renteøkninger til neste år. Renterisikoen søkes redusert ved å binde mest mulig av nedbetalingslånene. Alle lån som kan bindes har fastrente. Helseforetakene har lagt til grunn om lag 2 % renteøkning fra dagens nivå i sine bærekraftsanalyser. Adm. direktør mener renterisikoen er akseptabel.

Medbestemmelse

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF ble orientert om arbeidet med *Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan* i samarbeidsmøte, den 9. mars 2021, jf. sak 42-2021 og 11. mai 2021, jf. sak 76-2021, og 22. juni 2021.

Budsjett 2022 foretaksgruppen, rammer og føringer vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF 22. oktober 2021. Protokoll fra drøftingsmøte ettersendes.

Brukermedvirkning

Budsjett 2022 foretaksgruppen - rammer og føringer legges frem for Regionalt brukerutvalg i deres møte 11. november 2021.

Adm. direktørs vurdering

Forslag til statsbudsjett 2022 medfører betydelig strammere rammebetingelser enn forventet.

Sentralt overskuddskrav reduseres for 2022. Antatte sentrale budsjettreserver disponeres, og enkelte tiltak må prioriteres ned. Dette gjøres for å skjerme helseforetakene i størst mulig grad.

Med bortfall av samtlige kompensasjoner i forbindelse med pandemien, svak økonomisk utvikling i særlig to helseforetak, og reduserte inntekter som følge av omfordeling mellom regioner, vil likviditetsreserven svekkes. Dersom resultatutviklingen vedvarer utover i 2022 kan det bli nødvendig med utsettelse av investeringer allerede i 2022. Adm. direktør vil tilråde at utstyrsinvesteringer og investeringer innen IKT er det som evt. skyves på ved behov.

Konsekvenser på lengre sikt må adm. direktør komme tilbake til ved rullering av økonomisk langtidsplan i juni 2022. Dersom befolkningsutviklingen fortsetter vil det bety at Helse Nord må nedjustere forventet realvekst i inntektene framover. Dette betyr at kravet til prioritering, og helseforetakenes økonomiske utfordringer, skjerpes. Dersom pandemiens konsekvenser for driften i helseforetakene vedvarer vil investeringer måtte utsettes eller reduseres.

Det er usikkert om helseforetakenes klarer å redusere kostnadene tilstrekkelig for 2022. Finnmarksykehusets og Nordlandssykehusets situasjon er svært krevende. Å redusere ventetider og fristbrudd kombinert med et stort behov for kostnadsreduksjoner er en utfordrende situasjon i helseforetakene.

Prioritering av psykisk helse og TSB skjer i form av bevilgninger til akutt plasser TSB (10 mill. kroner) og områdefunksjon for tilbud i fengsler (5 mill. kroner).

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

1. Styret i Helse Nord RHF viser *styresak 74-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 - inkl. rullering av investeringsplanen 2022-2029* (styremøte 22.juni 2021). Denne skal ligge til grunn for virksomheten i 2022.

2. Resultatkrav for 2022 vedtas slik:
- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| Helse Nord RHF/styrets disposisjon | + 121 mill. kroner |
| Finnmarkssykehuset HF | + 24 mill. kroner |
| Universitetssykehuset Nord-Norge HF | + 40 mill. kroner |
| Nordlandssykehuset HF | + 5 mill. kroner |
| Helgelandssykehuset HF | + 25 mill. kroner |
| Sykehusapotek Nord HF | + 1 mill. kroner |
| Helse Nord IKT HF | 0 mill. kroner |
| Sum | + 216 mill. kroner |

3. Basisrammen for 2022 fastsettes mellom helseforetak og formål slik (i 1000 kr):

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalsum	
Ambulans	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	819 140	3 212 301	1 678 262	820 981	673 599	7 204 282	
Overgangsordninger	27 879	251 874	81 613	21 745		383 111	
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	

Øvrige inntekter fastsettes i tråd med vedlegg 1 i utredningen til denne styresaken ad. inntektsrammer 2022.

4. Styret vedtar oppdatert investeringsplan i tråd med vedlegg 2 til denne saken.
5. Styret gir adm. direktør fullmakt til å justere investeringsrammer mellom Helse Nord RHF og Helse Nord IKT HF frem til konsolidert budsjett 2022.

Bodø, den 21. oktober 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: Utredning

Møtedato: 27. oktober 2021

Arkivnr.:
2021/1557-5

Saksbeh/tlf:
Jan-Petter Monsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Tromsø, 27.10.2021

Styresak 130-2021 **Budsjett 2022, foretaksgruppen – ramme og føringer, endelig vedtak**

Saksdokumentene var ettersendt

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser *styresak 74-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 - inkl. rullering av investeringsplanen 2022-2029* (styremøte 22. juni 2021). Denne skal ligge til grunn for virksomheten i 2022.

2. Resultatkrav for 2022 vedtas slik:

Helse Nord RHF/styrets disposisjon	+ 121 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+ 24 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+ 40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+ 25 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	+ 1 mill. kroner
Helse Nord IKT HF	0 mill. kroner
Sum	+ 216 mill. kroner

3. Basisrammen for 2022 fastsettes mellom helseforetak og formål slik (i 1000 kr):

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	819 140	3 212 301	1 678 262	820 981	673 599	7 204 282	
Overgangsordninger	27 879	251 874	81 613	21 745		383 111	
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	

Øvrige inntekter fastsettes i tråd med vedlegg 1 i utredningen til denne styresaken ad. inntektsrammer 2022.

4. Styret vedtar oppdatert investeringsplan i tråd med vedlegg 2 til denne saken.

5. Styret gir adm. direktør fullmakt til å justere investeringsrammer mellom Helse Nord RHF og Helse Nord IKT HF frem til konsolidert budsjett 2022.

Det ble fremmet følgende forslag til nytt punkt 6 i vedtaket:

6. Styret er bekymret for de effektene den nasjonale modellen i *NOU 2019:24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak* gir for rammen til Helse Nord. Dersom trenden fortsetter vil dette gi konsekvenser for spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i nord.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser *styresak 74-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 - inkl. rullering av investeringsplanen 2022-2029* (styremøte 22. juni 2021). Denne skal ligge til grunn for virksomheten i 2022.

2. Resultatkrav for 2022 vedtas slik:

Helse Nord RHF/styrets disposisjon	+ 121 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+ 24 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+ 40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+ 25 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	+ 1 mill. kroner
Helse Nord IKT HF	0 mill. kroner
Sum	+ 216 mill. kroner

3. Basisrammen for 2022 fastsettes mellom helseforetak og formål slik (i 1000 kr):

Sum av Basisramme	Kolonnetiketter					
Radetiketter	Finnmark	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	819 140	3 212 301	1 678 262	820 981	673 599	7 204 282
Overgangsordninger	27 879	251 874	81 613	21 745		383 111
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

Øvrige inntekter fastsettes i tråd med vedlegg 1 i utredningen til denne styresaken ad. inntektsrammer 2022.

4. Styret vedtar oppdatert investeringsplan i tråd med vedlegg 2 til denne saken.
5. Styret gir adm. direktør fullmakt til å justere investeringsrammer mellom Helse Nord RHF og Helse Nord IKT HF frem til konsolidert budsjett 2022.

6. Styret er bekymret for de effektene den nasjonale modellen i *NOU 2019:24* *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak* gir for rammen til Helse Nord. Dersom trenden fortsetter vil dette gi konsekvenser for spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i nord.

Protokolltilførsel til styresak 130-2021 – stemmeforklaring:

Styremedlemmer valgt av de ansatte mener det er svært beklagelig at det ikke er tatt høyde for konsekvensene en befolkningsnedgang vil medføre da den nye modellen i *NOU 2019:24* *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak* ble utarbeidet. Til tross for befolkningsnedgang har verken behovet for beredskap, avstander i landsdelen eller anskaffelse av medisinteknisk utstyr og bygg med mer blitt redusert. De varslede økonomiske rammene for 2022 vil medføre omstillingstiltak som vil kunne gå ut over den kvalitet som er forventet, og det vil kunne medføre store omstillinger for de ansatte.

Sissel Alterskjær /s/

Kari B. Sandnes /s/

Ann-Mari Jenssen /s/

Utredning

Hovedpunkter fra forslag til statsbudsjett 2022

Særskilte satsningsområder i forslag til statsbudsjett 2022

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasientene som partnere i utviklingen av tjenestene og involvere den enkelte pasient i egen helse. Med dette som utgangspunkt vil styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2022 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.
- Teknologi og digitalisering
- Ressursutnyttelse og samordning.

Hovedområdene følges opp i budsjettopplegget gjennom prioriteringene som er gjort i plan 2022-2025.

Økonomiske konsekvenser

Helse Nord får strammere rammebetingelser enn lagt til grunn i *styresak 74-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025 - inkl. rullering av investeringsplanen 2022-2029*. Avviket utgjør 0,6 % av samlet forventet omsetning, eller om lag 125 mill. kroner. Hovedårsaken til avviket er at relativ og faktisk befolkningsnedgang medfører mindre ressurser til Helse Nord. Trekket i inntektsfordelingen for 2022 er 137 mill. kroner mer enn lagt til grunn i planen. Dette medfører at basistilskuddet har en realnedgang på 55 mill. kroner. Tabellen oppsummerer avvik fra våre planforutsetninger.

Effekt forslag Statsbudsjett 2022 (i mill kr)	Statsbudsjett	Forutsatt plan	Avvik
Nasjonal inntektsmodell	-145	-8	-137
Aktivitetsvekst	81	70	11
Økt ramme for økte pensjonskostnader	141	150	-9
ABE reformen, netto	11	-	11
Sum	87	212	-125

Forslaget til statsbudsjett foreslår som forventet en underregulering på 0,5 % og dette er beregnet å utgjøre om lag 25 mill. kroner. Rammebetingelsene for helseforetakene vurderes derfor å være omtrent tilsvarende lagt til grunn i *styresak 74-2021*. Tabellen oppsummerer effekter for helseforetakene.

Effekt forslag Statsbudsjett HF (i mill kr)	Statsbudsjett	Forutsatt plan	Avvik
Resultatbasert finansiering	-2	-	-2
ABE-reform aktivitetsbaserte inntekter 0,5 %	-20	-20	0
Underregulering lab/rtg	-5	-5	0
Sum	-27	-25	-2

Aktivitetsforutsetninger

Sykehusene har hatt betydelige merutgifter og reduserte inntekt som følge av covid-19-pandemien i 2020 og 2021. De regionale helseforetakene er kompensert for dette gjennom ekstraordinære bevilgninger i samme periode. Disse videreføres ikke i 2022.

Forslag til statsbudsjett legger derfor til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,4 % på nasjonalt nivå fra saldert budsjett 2021. Basisrammen økes med 81 mill. kroner mot forutsatt 70 mill. kroner for Helse Nord knyttet til aktivitetsvekst.

ISF-ordningen ble fra 2017 utvidet til å også omfatte polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og rus. Frem til 2020 har det vært tatt sikte på å øke refusjonsandelen og siden 2018 har det årlig blitt flyttet penger fra basisbevilgningen for å gjøre dette. Pga. covid-19-pandemien ble det i 2021 ønskelig med stabile rammebetingelser, og ingen økning i andelen i 2021. Dette videreføres i 2022.

På nasjonalt nivå legger forslag til statsbudsjett til rette for en vekst på 1,3 % fra estimat 2021 innen ISF, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på om lag 2,7 % neste år.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform/styrking av rammene

Som foregående år pålegges sektoren et effektiviseringskrav på 0,5 % av driftsutgiftene. Basisrammen til Helse Nord reduseres med 70 mill. kroner. ISF-prisen og polikliniske refusjonstakster reduseres også med 0,5 %. Dette innebærer et effektiviseringskrav på om lag 25 mill. kroner for helseforetakene samlet.

Parallelt med reformen økes basisbevilgningen med 79 mill. kroner for å gi rom til investeringer.

Endringer ISF

Fra 2019 ble det innført en prøveordning i ISF, hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrert pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene. Ordningen videreføres i 2022.

Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) mot rusmiddelavhengighet tilsvarer 3 294 kroner (økt med 2,2 % fra 2021). ISF-prisen i somatisk virksomhet justeres med 2,2 % til kroner 47 742,-. Justeringen består av lønns- og prisvekst (+2,7 %) minus ABE-reform (-0,5 %).

Legemidler

Det kan være aktuelt å overføre finansieringsansvaret for enkelte legemidler til de regionale helseforetakene i løpet av annet halvår 2022. Dette gjelder blant annet legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner og parenteral ernæring. Helsedirektoratet vil utrede og sende på høring forslag om overføring av aktuelle legemidler.

Det legges inn helårseffekt av legemidler overtatt i løpet av 2021 på 0,7 mill. kroner.

Nasjonal inntektsmodell

Regjeringen foreslo i Prop. 1 S (2020-2021) og innføre ny inntektsfordelingsmodell for de regionale helseforetakene. Modellen skulle innføres over to år gjennom inntektsvekst i basisbevilgningene i 2021 og 2022. Oppdatering av befolkningstall og andre kriterieverdier i modellen medfører en betydelig omfordeling mellom de regionale helseforetakene fra 2021 til 2022. Denne omfordelingen kommer i tillegg til effekten av å implementere den nye inntektsmodellen. For 2022 innebærer oppdatering av kriterieverdiene at Helse Nord isolert sett får redusert sine basisbevilgninger samtidig som vi får ett trekk som følge av innfasing av ny modell i sin helhet.

Samlet får Helse Nord ett trekk inntektsfordelingen for 2022 på 137 mill. kroner mer enn forutsatt i økonomisk langtidsplan. Dette medfører at basistilskuddet har en realnedgang på 55 mill. kroner.

Endringer i bioteknologiloven og vedtak om fostermedisinsk undersøkelse

Økning i basisbevilgningen med 9 mill. kroner og ett særskilt tilskudd på 4,2 mill. kroner til Helse Nord som følge av lovendringer i bioteknologiloven. Dette gjelder tidlig ultralyd, endret aldersgrense for fosterdiagnostikk inklusiv NIPT og andre kostnader som tilkommer på sykehusene i tilknytning til å etablere og tilby assistert befruktning med eggdonasjon.

Bevilgningen holdes foreløpig sentralt.

Innføring av betaling for nasjonale e-helseløsninger og nettløsninger

Økning i basisbevilgningen med 33,4 mill. kroner som kompensasjon for innføring av betaling for nasjonale e-helseløsninger. Beløpet inkluderer også felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Kompensasjonen er en oppfølging av forslaget til endringer i pasientjournalloven som legges frem sammen med statsbudsjettet.

Pensjonskostnader

Pensjonskostnadene i helseforetakene i Helse Nord øker med 150 mill. kroner fra vedtatt budsjett 2021, mens Helse Nord får en samlet økning av basisrammen på 141 mill. kroner.

I budsjettoplegget fordeles 140 mill. kroner til helseforetakene som har en samlet kostnadsøkning på om lag 148 mill. kroner. Deler av veksten vil være knyttet til økning i årsverk.

For 2022 er det lagt inn en overgangsordning for å dempe omfordelingseffekter mellom helseforetakene. Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset har den største økningen i pensjonskostnader.

Kvalitetsbasert finansiering (KBF)

Kvalitetsbasert finansiering erstattes av «resultatbasert finansiering».

Helse Nord kommer litt dårligere ut enn i 2021 med ett inntektstap på 1,6 mill. kroner (-2,3 %). Sammenlignet med nasjonal inntektsmodell taper Helse Nord ca. 7 mill. kroner som følge av dårligere resultater på indikatorene sammenlignet med øvrige regioner.

Modell for fordelingen i Helse Nord er per i dag ikke klar. Helseforetakene har lagt til grunn samme fordeling som i fjor.

Styret har i tillegg fordelt ytterligere 5 mill. kroner i tråd med resultatene innen resultatbasert finansiering, og dette foreslås videreført for 2022.

Lønns- og prisjustering og styrking av kapitaltilskudd

Det er lagt til grunn en lønns- og prisjustering på 2,7 %, hvorav lønnsvekst 3,2 % og prisstigning på varer og tjenester 1,5 %. Vi viderefører en priskompensasjon på 2,3 %. Differansen skyldes at pensjonsgrunnlaget er trukket ut av beregningen.

Basisrammen som finansierer kapitalkostnader prisjusteres noe lavere enn 2,3 % som en del av budsjettsalderingen.

Forskning og nasjonale tjenester

Den øremerkede forskningsbevilgningen er 80,2 mill. kroner, som tilsvarer en vekst på 1,4 prosent fra 2021.

Prosjekter som tidligere har fått flerårige tilsagn legges til helseforetakenes inntektsrammer nå. Bevilgninger vil som tidligere justeres våren 2022. UNN HF og NLSH HF får deler av bevilgningen som økt basisramme og deler som øremerket tilskudd.

Tilskudd til Helse Nord for nettverk for forskning på tvang innen psykisk helsevern (3,3 mill. kroner) videreføres i 2022.

Nasjonale tjenester får en bevilgning på 76,3 mill. kroner som er en økning på 2,0 %.

Egenandeler

Egenandelene underreguleres og dette kompenseres gjennom økt basisramme (7,2 mill. kroner). Økt bevilgning fordeles helseforetakene basert på inntektsmodellene.

Andre forhold

Ny redningshelikopterbase i Tromsø

Stortinget har vedtatt etablering av en ny redningshelikopterbase i Tromsø. Det legges til grunn at døgnkontinuerlig medisinsk tilstedevakt betjenes av personell fra UNN. Helse Nord får en bevilgning på 4,9 mill. kroner i 2022 (halvårseffekt) til kompensasjon ved innføring av tilstedevakt for lege.

LIS1-stillinger

Tilskudd til LIS1-stillinger økes med 4,15 mill. Kroner til 57,8 mill. kroner.

I statsbudsjett for 2020 ble antallet LIS1-stillinger i Helse Nord økt med 38 stillinger, hvorav 19 med oppstart høsten 2020 og resten våren 2021.

Bevilgningen fordeles mellom helseforetakene.

Ambulansehelikopter i Kirkenes

Tilskudd til permanent ambulanshelikopter i Kirkenes videreføres.

Bevilgningen fordeles med 53,1 mill. kroner til Helse Nord RHF og 8,2 mill. kroner til Finnmarkssykehuset.

Nasjonale kompetansetjenester – Særskilt tilskudd

Adm. direktør foreslår at øremerkede bevilgninger til nasjonale kompetansetjenester fordeles mellom tjenestene på samme måte som i 2021.

Nasjonalt senter for e-helseforskning

Bevilgning til nasjonalt senter for e-helseforskning videreføres med 41,1 mill. kroner.

Sykestuer

Tilskudd til sykestuer i Finnmark videreføres med 10,6 mill. kroner.

Helsetjenester i fengsel

Det vises til styresak 50-2021 Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon). Helse Nord RHF har avsatt 5 millioner for å styrke denne tjenesten som fordeles til helseforetakene.

Fagplan TSB

I tråd med styresak 118-2021 Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019-2025 – oppfølging av styresak 12-2019 økes investeringsrammen til Nordlandssykehuset med 10,2 mill. kroner til ombygging/flytting av arealer for akutt plasser TSB.

Øvrige tilskudd

Øvrige tilskudd som er bevilget inkluderer tilskudd til medisinsk undersøkelse barnehus (4,5 mill. kroner), bedre psykisk helsehjelp i barnevernet, pilot Bodø (7 mill. kroner) og landsdekkende modell for rettspsykiatri (0,5 mill. kroner).

Lån til investeringer

Helse Nord RHF gis i 2022 lån til:

- Nye Narvik sykehus 539 mill. kroner.
- Nye Hammerfest sykehus, inkl. universitetslokaler 514 mill. kroner.

Dette er omtrent i tråd med forutsetningene i *økonomisk langtidsplan 2022-2025*.

Adm. direktør legger opp til at helseforetakene tar opp lån i 2022 tråd med fremdriften i prosjektene med lånetilsagn.

Driftskreditt

Foreløpige anslag viser at pensjonspremien blir høyere enn pensjonskostnaden for 2022. Dette er foreslått løst gjennom økt driftskredittramme i Norges Bank og bruk av opparbeidet premiefond i KLP. Adm. direktør vil komme tilbake til styret dersom det blir behov for justering av rammer for driftskreditt i helseforetakene.

Andre forslag til prioriteringer

Helsetjenester i fengsel

Det vises til styresak 50-2021 Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon). Helse Nord RHF har avsatt 5 millioner for å styrke denne tjenesten som fordeles til helseforetakene.

Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I tråd med styresak 118-2021 Regional fagplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019-2025 – oppfølging av styresak 12-2019 fordeles 1,5 mill. kroner til UNN. Det er satt av 8,5 mill. kroner til etablering av tilbud ved Nordlandssykehuset og bevilgning vil tilpasses oppstart av tilbudet.

Budsjett Helse Nord RHF (morselskap)

Tabellen viser budsjettforslag 2022 for Helse Nord RHF. Aktivitetsbaserte inntekter bygger på Helse- og omsorgsdepartementets overslagsbevilgninger for Helse Nord. I endelig budsjett for foretaksgruppen vil aktivitetsbaserte inntekter kunne avvike fra dette tallet.

Budsjett 2022 morselskap (tall i 1000 kr)	Regnskap 2020	Vedtatt budsjett 2021	Budsjettforslag 2022
Basistilskudd	13 657 279	13 921 895	14 387 363
Aktivitetsbasert inntekt	4 145 275	4 494 136	4 621 414
Annen driftsinntekt	783 965	972 882	578 385
Sum driftsinntekter	18 586 519	19 388 912	19 587 161
Kjøp av helsetjenester	17 633 945	18 618 947	18 745 197
Varekostnad	10 663	0	15 000
Lønn og annen personalkostnad	115 963	132 898	144 728
Avskrivninger og nedskrivninger	13 470	11 909	12 309
Andre driftskostnader	431 152	495 742	582 512
Sum driftskostnader	18 205 193	19 259 496	19 499 745
Driftsresultat	381 326	129 416	87 416
Finansinntekt	112 094	101 584	102 584
Netto nedskrivning verdi datterforetak	109 892		
Annen finanskostnad	-65 948	65 000	69 000
Årsresultat	537 364	166 000	121 000

Funksjonsfordelt ramme etter forslag i saken:

Sum av Basisramme	Kolonnetiketter					
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	819 140	3 212 301	1 678 262	820 981	673 599	7 204 282
Overgangsordninger	27 879	251 874	81 613	21 745		383 111
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

Omstillingsutfordringer 2022

Tabellen illustrerer omstillingsutfordringen for 2022 i forhold til budsjettert omsetning 2021 (budsjett 2022 ikke ferdigstilte i helseforetakene).

Omstillingsbehov 2022	Sum omstillingsbehov (mill kroner)	Budsjetterte driftsinntekter (mill kroner) 2021	Omstillings-behov i % av budsjetterte driftsinntekter
Finnmarkssykehuset HF	128	2 444	5,2 %
UNN HF*	79	8 612	0,9 %
Nordlandssykehuset HF	154	5 050	3,0 %
Helgelandssykehuset HF	56	2 319	2,4 %
Sykehusapotek Nord HF	-	619	0,0 %
Helse Nord IKT	4	801	0,5 %
Helse Nord RHF (eks kjøp av helsetjenester fra HF)	45	2 222	2,0 %
Elimineringer (internt kjøp/salg)		-1 456	
Sum	466	20 611	2,3 %

* vurdert mot resultatkrav fra RHF på +40 mill. kroner

Omstillingsbehovet for 2022 er anslått til størrelsesorden 470 mill. kroner, om lag 2 % av foretaksgruppens budsjetterte omsetning i 2021. Omstillingsutfordringen for 2022 er usikker som følge av bortfall av særskilte inntekter i forbindelse med pandemien og usikkerhet knyttet til normalisering av driften.

Målt mot omsetning har Finnmarkssykehuset klart størst utfordring i Helse Nord (5,2 %), mens UNN har lavest (0,9 %). Ingen av sykehusforetakene har per 1. oktober komplette tiltaksplaner for å løse utfordringene. Helseforetakene er underveis i budsjettprosessen og har krav til endelig styrebehandling innen medio desember 2021.

Vedlegg 1 Inntektsrammer 2022

Inntektsrammer 2022 (tall i 1000 kr)

Basisramme 2022	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sum basisramme 2021 Vedtatt budsjett	1 713 644	178 442	1 720 522	5 428 828	3 385 154	1 495 305	13 921 895
Oppdatering nasjonal inntektsmodell akkumulert		-8 000					-8 000
Forventet realvekst akkumulert 0,9 % pr år		70 000					70 000
Reserver og avslutning prosjekter RHF							0
Engangstilkudd HF avsluttes, innføring kurve		22 000	-2 750	-10 900	-5 600	-2 750	0
Engangstilkudd HF avsluttes, prosjekt utviklingsplan		4 000	-1 000	-1 000	-1 000	-1 000	0
Ads disp	2 000	-2 000					0
Etablering PCI Bodø		675		14 000	-14 675		0
Oppdatering inntektsmodell somatikk			-1 715	-19 547	15 469	5 794	0
Oppdatering inntektsmodell psykisk helse			4 037	495	-9 175	4 643	0
Oppdatering inntektsmodell TSB			2 649	-8 192	9 568	-4 026	0
Sikkerhetspsykiatri, konvertering 2 plasser		-4 600			4 600		0
RegSim		-5 000		5 000			0
RescEU	5 000	-5 000					0
Nasjonal e-helse, nye nasjonale IKT-tiltak	5 000	-5 000					0
Nasjonal e-helse, e-helsedir	11 000	-11 000					0
Nasjonal e-helse, egne kostnader	2 000	-2 000					0
Styrke HF/Utdanning spesialsykepleiere		-10 000	1 250	5 000	2 500	1 250	0
Persontilpasset medisin							0
Merkostnader Alta		-2 000	2 000				0
Strategiplan samisk helsetjeneste	1 000	-1 000					0
Barn og unge med erhvervet hjerneskade		-5 000		5 000			0
Fagplan TSB fase 2							0
Parkinson net	900	-900					0
Farmasøyt PET-senter	-1 025			1 025			0
Barentssamarbeid	-500		500				0
Basisramme 2022, per juni 2021	1 739 019	213 617	1 725 493	5 419 709	3 386 841	1 499 216	13 983 895
Oppdatering nasjonal inntektsmodell akkumulert, avvik fra forutsetning juni		-137 383					-137 383
Realvekst, avvik fra forutsetning juni		11 032					11 032
Pensjonskostnader	1 960	-1 000	21 354	59 669	39 504	19 473	140 959
Pensjonskostnader overgangsordning			1 200	-2 900	2 200	-500	0
Prisomregning 2,7 pst. (ekskl. ramme til pensjon)	40 065	4 172	38 022	117 705	72 160	33 176	305 300
Styrking kapitalkompensasjon		7 000	2 228	5 798	5 192	1 446	21 663
ABE-reform		10 518					10 518
Kompensasjon egenandeler og ABE-trekk residual post 70			1 452	2 585	1 995	1 160	7 192
Tolkeloven		458					458
Helårseffekt overføring av legemidler (2751.70) av 1. februar 2021			107	274	202	117	700
NST Døvblinde		600					600
Endringer i biotekloven		8 994					8 994
Helsetjenester i fengsel psykisk helse og tsb		-5 000	930	1 915	1 755	400	0
Fagplan TSB		-1 500		1 500			0
Kompensasjon for innføring av betaling for nasjonale e-h	33 436						33 436
Informasjonssikkerhet	20 000	-20 000					0
IKT-kostnader regionale prosjekter	20 000		-3 197	-8 271	-5 382	-3 150	0
IKT-kostnader, forvaltning Helse- Norge	9 500		-1 519	-3 929	-2 556	-1 496	0
RescEU flysykepleiere	-3 340			3 340			0
Saldering RHF	-30 700	30 700					0
Basisramme 2022, Vedtatte rammer per oktober 2021	1 829 939	122 208	1 786 070	5 597 395	3 501 910	1 549 842	14 387 364

Øvrig ramme	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sykestuer Finnmark			10 600				10 600
Kvalitetsregistre	32 200						32 200
Nasjonalt senter for e-helseforskning				41 100			41 100
Medisinsk undersøkelse barnehus		0		2 291	2 209		4 500
Bedre psykisk helsehjelp i barnevernet, pilot Bodø					7 000		7 000
Landsdekkende modell for rettspsyki				500			500
Nettverk for forskning tvang				3 300			3 300
LIS1-stillinger			11 284	19 747	14 105	8 463	53 600
Tilskudd til turnustjeneste estimat, fordeles oppdrags	111		842	2 176	1 792	909	5 830
Helikopter Kirkenes	53 100		8 200				61 300
Redningshelikopter Tromsø				4 900			4 900
Endringer i biotekloven		4 200					4 200
SUM øvrig ramme 2022 vedtatte rammer per oktober 2021	85 411	4 200	30 926	74 014	25 106	9 373	229 030
Resultatbasert finansiering	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Vedtatt ramme 2021			8 902	31 642	18 782	10 242	69 568
Foreløpig tilpasning til bevilgning 2022			(213)	(759)	(450)	(246)	(1 668)
SUM resultatbasert finansiering 2022 per oktober 2021	-	-	8 689	30 883	18 332	9 996	67 900
Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				7 711			7 711
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsr	2 600						2 600
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 597			2 597
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykiskhelsevern og rus			4 377				4 377
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				3 144			3 144
Ufordelt Nasjonale tjenester							-
Døvblindegentre	47 345			8 525			55 870
SUM Nasjonale tjenester 2022 per oktober 2021	49 946	-	4 377	21 978	-	-	76 300
Øremerket tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskningsmidler	35 255		3 530	31 698	6 226	3 491	80 200
SUM øremerket forskning 2022 per oktober 2021	35 255	-	3 530	31 698	6 226	3 491	80 200
TOTAL SUM tilskudd fra RHF	2 000 552	126 408	1 833 591	5 755 968	3 551 574	1 572 702	14 840 795

Vedlegg 2 Investeringsplan 2021-2029

Investeringsplan - Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstillelse og byggelånsrenter	Sum tidligere år	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	SUM inkl tidl. År
Finmarkssykehuset											
Helikopterlandingsplass Kirkenes	0					20 000					20 000
Nye Hammerfest sykehus P50, eksklusive universitetsarealer	260 000	723 000	500 000	612 000	225 000						2 320 000
Nye Hammerfest sykehus, universitetsarealer	0	50 000	100 000	50 000							200 000
CT Kirkenes, gave											0
Korona-investeringer styresak 104-2020	21 200										21 200
Operasjonsstue Alta			15 000								
Bioteknologi - NIPT		3 600									
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		45 000	45 000	45 000	45 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	
Sum Finmarkssykehuset	2 662 700	821 600	660 000	707 000	270 000	70 000	50 000	50 000	45 000	45 000	
UNN											0
Nye Narvik sykehus P50	372 000	625 000	723 000	639 000	313 000						2 672 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	73 900										73 900
Korona-- testing	2 500										2 500
Bioteknologi - NIPT		10 500									
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		200 000	275 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	180 000	180 000	
Sum UNN	2 828 700	835 500	998 000	839 000	513 000	200 000	200 000	200 000	180 000	180 000	
Nordlandssykehuset											0
Korona-investeringer styresak 104-2020	42 200										42 200
Korona-- testing	8 600										8 600
Strålemaskin			20 000	20 000							40 000
Bioteknologi - NIPT		1 200									
Fagplan TSB			10 200								
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		60 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	100 000	90 000	90 000	
SUM NLSH	4 264 700	61 200	110 200	100 000	80 000	80 000	80 000	100 000	90 000	90 000	
Helgelandsykehuset											0
Utvikling av Helgelandsykehuset P50	20 000	0	0	200 000	700 000	700 000	180 000	200 000			2 000 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	24 800										24 800
Bioteknologi - NIPT		1 200									
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		50 000	70 000	60 000	50 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	
SUM Helgelandsykehuset	44 800	51 200	70 000	260 000	750 000	750 000	230 000	250 000	45 000	45 000	
Helse Nord IKT											0
Vedtatte prosjekter		26 250									26 250
Korona-investeringer styresak 104-2020	33 000										33 000
Til HF-styrets disposisjon		57 500	63 400	84 700	70 800	52 300	30 000	30 000	30 000	30 000	
SUM Helse Nord IKT	33 000	83 750	63 400	84 700	70 800	52 300	30 000	30 000	30 000	30 000	
Sykehusapotek Nord											0
Utstyr/areal		3 000	5 000	3 000	3 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
Korona-investeringer styresak 104-2020	500										500
Lokaler i nye sykehus				7 000	8 000			15 000			
Sykehusapotek Nord	500	3 000	5 000	10 000	11 000	2 000	2 000	17 000	2 000	2 000	
Helse Nord RHF											0
FRESK	347 000	121 100	130 000	15 100	0						613 200
Felles regionale IKT-prosjekt/digitale innbyggertjenester	185 300	210 150	152 150	30 400	4 600	7 700	0	30 000	30 000	30 000	680 300
Økte IKT investeringer				0	50 000	50 000	50 000				150 000
Digitale innbyggertjenester	58 000	0	0	0	0	0	0	0			58 000
Infrastruktur IKT UNN Narvik					17 000						17 000
Infrastruktur IKT FIN Hammerfest					16 000						16 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	7 000										7 000
Nasjonale prosjekt/utlån felleide selskap	93 800										93 800
Finmarkssykehuset Hammerfest P85		0	0	162 000	100 000						262 000
UNN Narvik P85				72 000	100 000						172 000
Helgelandsykehuset utvikling P85				0	0	0	0	500 000			500 000
UNN psykiisk helsevern Tromsø				100 000	200 000	700 000	700 000				1 700 000
Usikkerhet nye strategiske prosjekter				100 000	100 000	100 000	100 000	500 000	500 000	500 000	1 900 000
Sum Helse Nord RHF	691 100	331 250	282 150	479 500	587 600	857 700	850 000	1 030 000	530 000	530 000	
Sum investeringsplan	10 525 500	2 187 500	2 188 750	2 480 200	2 282 400	2 012 000	1 442 000	1 677 000	922 000	922 000	

Møtedato: 10-11. november 2021

Vår ref.:
2021/

Saksbehandler:
Jann-Hårek Lillevoll

Dato:
Bodø, 3. november 2021

RBU-sak 108-2021

Tertialrapport T2-2021

Formål:

Tertialrapport T2-2021 ble behandlet som sak i styremøtet for Helse Nord RHF den 27. oktober 2021, og redegjør for status pr. 2. tertial 2021 på nasjonale kvalitetsindikatorer, krav i oppdragsdokument 2021 og saker som styret i Helse Nord RHF har bedt om oppfølging på.

Helse Nord RHF sine kjerneverdier, kvalitet, trygghet, respekt og lagspill, er fundamentet for at foretaksgruppen i Helse Nord skal levere tjenester i tråd med overordnede mål og føringer. Tertialrapport T2-2021 viser status i arbeidet og skal sette oss i stand til å vurdere utviklingen mot gjeldende målkrav ved at foretakene redegjør for sine resultater og arbeidet som gjøres med å forbedre dem. Utarbeidelse av tertialrapporten er et lagspill på alle nivåer i foretaksgruppen, og bidrar til at vi lærer av hverandre for å heve kvaliteten og graden av måloppnåelse.

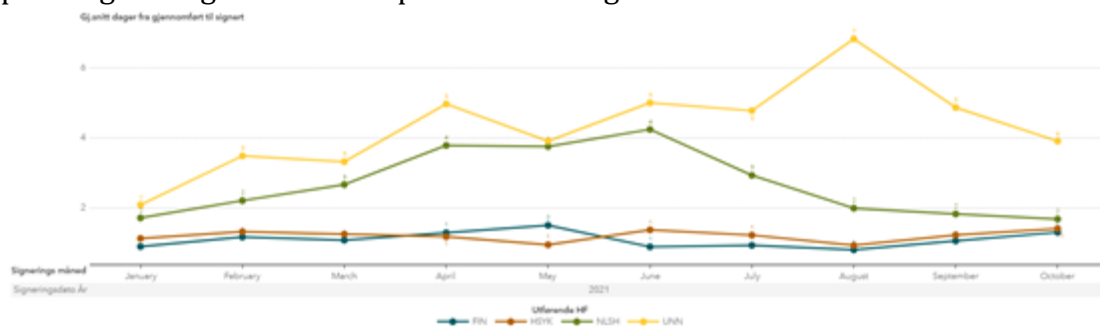
Beslutningsgrunnlag

Fra tertialrapporten er følgende områder særskilt omtalt i styresaken.

Krav i oppdragsdokumentet:

Gjennomsnittlig svartid i henhold til hastegrad fra bildediagnostiske undersøkelser

Totalt sett har det vært en positiv utvikling i gjennomsnittlig svartid for bildediagnostiske undersøkelser. Gjennomsnittlig svartid for helse foretaksgruppen er 3 dager for 2021. Fortsatt noen utfordringer ved UNN som har en gjennomsnittlig svartid på 7 dager i august. Vi ser en positiv utvikling for NLSH i 2.tertial.



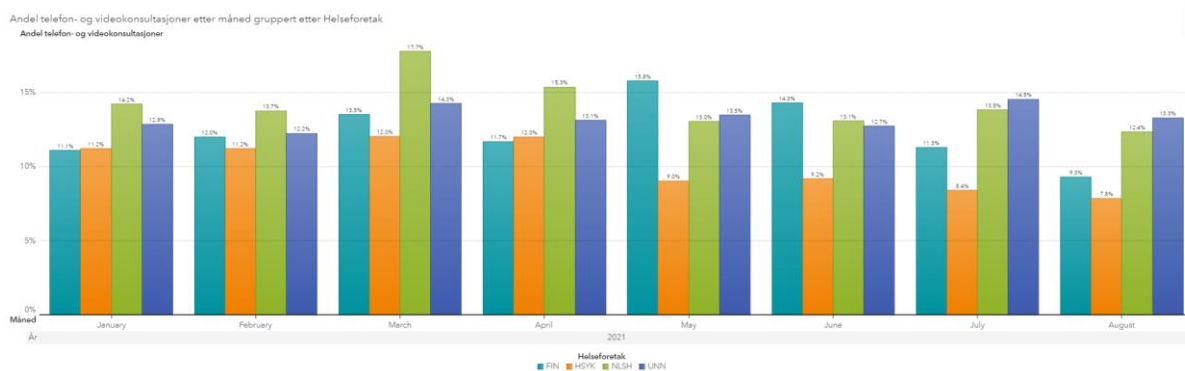
Figur 1: Gjennomsnittlig svartid for bildediagnostiske undersøkelser (Kilde: HNLIS)

Polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon

Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon er samlet for Helse Nord under kravet på 15%, men det er variasjoner mellom fagområder og mellom foretak. Andelen er redusert sammenlignet med 1. tertial, og det vil være krevende å nå målkravet for 2021. Status for arbeidet som koordineres av Finnmarkssykehuset vil rapporteres i Årlig melding.

År ▲	Somatikk/Psykisk helse og rus ▲	Andel telefon- og videokonsultasjoner	Antall telefon- og videokonsultasjoner ▼
2021	Psykisk helse og rus	21,5 %	39 599
	Somatikk	7,6 %	33 903

Figur 2: Andel telefon- og videokonsultasjoner fordelt på somatikk og psykisk helse og rus (Kilde: HNLIS)



Figur 3: Andel telefon- og videokonsultasjoner pr foretak (Kilde: HNLIS)

Pakkeforløp kreft

Helse Nord RHF ser med bekymring på at måloppnåelsen er lav og med stor variasjon. Det vil bli egen styresak vedrørende pakkeforløp kreft i november 2021.

Helsefelleskapene

Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, konkretisert i OD 2020 og 2021 til Helse Nord RHF, var å opprette 19 helsefelleskap. Ansvaret for etableringen er delt mellom kommuner og helseforetak og baseres på konsensusprinsipp. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres.

Etableringen av helsefelleskap i Nord-Norge har gått senere enn ønskelig. Pandemien og behov for en framdrift som er tilpasset beslutningsprosessene, særlig i kommunene, har forsinket arbeidet. Nå er Troms og Ofoten helsefelleskap etablert med samhandlingsorganisasjon og tiltak på strategisk og faglig nivå. Vesterålen, Lofoten og Salten helsefelleskap er også på plass og arbeidet med resten av organisasjonen, inkludert planer for å arbeide med de fire gruppene, er startet. Helsefelleskapene i Helgelandssykehusets og Finnmarkssykehusets område etableres primo 2022.

Et vesentlig oppdrag for helsefelleskap er å prioritere arbeidet med tjenestetilbudet til de fire utvalgte grupper. Dette er heterogene grupper og arbeidet involverer mange ulike fagmiljøer i kommuner og helseforetak. Noe av arbeidet med å utvikle tjenestene er kommet i gang, bl.a. i eksisterende samhandlingsstrukturer og tiltak. Tiden det har tatt å etablere helsefelleskapene har forsinket prioriteringen av disse gruppene og påvirket muligheten til sammen å planlegge tilbudene. Nå er halvparten av planperioden

for NHSP 2020 - 2023 tilbakelagt og Helse Nord RHF vil intensivere innsatsen på dette feltet.

Reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika

Kvalitetsindikatoren er sist oppdatert med data fra 1. tertial 2021, og viser at Helse Nord har hatt en nedgang på 27,5 %, fra 17,1 definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn til 12,4 DDD/100 liggedøgn. Helse Nord ligger lavest i landet.

Helse Nord RHF's vurdering er at helseforetakene jobber godt med tiltak for å redusere forbruket av bredspektret antibiotika. Opplæring, antibiotikavisitter, funksjonelle A-team og rutiner for revurdering av antibiotika etter 48-72 timer er sentrale tiltak som er etablert, og disse må videreføres for å opprettholde lavt forbruk.

Meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser

Det vurderes fortsatt å være et forbedringspotensial knyttet til å spre kunnskap og læring internt i klinikkene og i foretakene, men samtlige foretak rapporterer å ha satt meldekultur på dagsorden. Det er iverksatt flere tiltak for å styrke meldekulturen og for å lære av uønskede hendelser. Alle foretak i Helse Nord bidrar aktivt i arbeidet med utlysning av konkurranse for anskaffelse av kvalitetssystem, hvor det bl.a. stilles krav om bedre systemstøtte for melding og saksbehandling og mulighet for læring av uønskede hendelser og avvik.

§3-3a varsler gitt til foretakets styre

Foretakenes rapporter bekrefter at egne styrever blir orientert om status på §3-3a-varsler sendt til Helsetilsynet. Foretakene har oversendt orienteringer, gitt til eget styre, til Helse Nord RHF

Informasjonssikkerhet

Alle styrene i foretakene i Helse Nord har behandlet sak knyttet til status for arbeidet med informasjonssikkerhet.

Regional handlingsplan - informasjonssikkerhet ble behandlet i styret for Helse Nord RHF som styresak 119-2021. Rapportering på status i arbeidet blir fast fra og med 2022.

Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen, oppfølging av sak 44-2020

Prioriterte områder med risiko for manglende måloppnåelse (Styresak 44-2020) blir regelmessig tatt opp i oppfølgingsmøtene med helseforetakene. Det er utviklet egen rapport i HNLIS for hoftebrudd operert innen 24t og 48t, som gir bedre forutsetninger for lokalt forbedringsarbeid. Foretakene har forbedringsinitiativer på flere av de aktuelle områdene.

Konklusjon

Tertialrapport T2-2021 er lagt frem for styret i Helse Nord RHF. Foretaksgruppen har samlet sett utfordringer med å levere tilfredsstillende på enkelte områder. Administrasjonen i Helse Nord RHF følger med på utviklingen i de ulike indikatorene, og følger opp kravene i oppdragsdokumentet i oppfølgingsmøtene med helseforetakene.

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

1. Regionalt brukerutvalg tar Tertialrapport T2-2021 til orientering

Bodø, 3. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: Tertialrapport T2-2021

Tertialrapport 2- 2021

Helse Nord RHF

Innhold

Om tertialrapporten	4
Sammenstilling av indikatorer	5
Krav i oppdragsdokument 2021	13
Pasientens helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder	13
Sikre god pasient- og brukervedvirkning	16
Somatikk.....	17
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	19
Samhandling med leverandører av private helsetjenester	21
Kvalitet i pasientbehandlingen.....	23
Kvalitetsutvikling.....	24
Samhandling med primærhelsetjenesten	24
Bemanning og kompetanse.....	26
Tilstrekkelig kvalifisert personell	26
Utdanning av legespesialister	26
Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling.....	27
Anskaffelsesområdet	27
Teknologi	28
Informasjonssikkerhet.....	28
Andre områder:	29
Svartider etter bildediagnostiske undersøkelser:.....	29
Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen:	29

Helhet

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



Om tertialrapporten

Tertialrapportene for 2021 er en del av tertial- og årlig melding for 2021. Den tertialvise rapporteringen for områdene økonomi, aktivitet og personell kommuniseres i all hovedsak til styret i Helse Nord RHF i virksomhetsrapport nr. 4-2021 og virksomhetsrapport nr. 8-2021.

Rapporten har som mål å informere styret i Helse Nord RHF om de styringsparametere som skal rapporteres til eier pr. 2. tertial 2021.

Helseforetakene i Helse Nord er bedt om å rapportere konkret og konsist, og rapportene skal inneholde informasjon om status med beskrivelse av gjennomførte tiltak.

Datakilde og tidsperiode til hver tabell eller figur er oppgitt i forklaringsteksten under hver tabell/figur.

Tallene og figurene presentert i tertialrapporten er basert på ulike datakilder. Nasjonale kvalitetsindikatorer er fra www.helsenorge.no, hvor data oppdateres et tertial senere. Derfor vises kvalitetssikrete og endelige data fra 1. tertial 2021 og fra 3. tertial 2020 (årstall fra 2020).

Når det gjelder pakkeforløp kreft, ventelistedata og aktivitetsdata det finnes det flere indikatorer som rapporteres for 2. tertial 2021, særlig basert på data fra Norsk Pasientregister (NPR) og Helsedirektoratets sentrale dashbord. Disse oppdateres månedlig. Datakildene inneholder ferske, men foreløpige data fra de siste tre måneder, hvor det kan forventes mindre endringer/justeringer. Rapportering og korreksjon fra sykehusene kan påvirke disse tallene.

Nummereringen i rapporten viser til kapittel og kravnummer i oppdragsdokumentet.

Deler av rapporten i liggende format.

Sammenstilling av indikatorer

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

Fargekoder: *beige* = mål ikke oppnådd; *grønt* = mål oppnådd; *lilla*: standard/målværdi for indikator er ikke fastsatt nasjonalt. Positivitet; L=lavere verdi er best, H=høyere verdi er best

Tabell 1 Sammenstilling av somatiske indikatorer regionalt og nasjonalt, oppdaterte tall fra 1. tertial 2021 for Helse Nord og resten av landet. Kilde: Helsedirektoratet, databasevennlig publisering.

NKI_Kode	KPI_gruppe	Main	Nasjonale kvalitetsindikatorer	Positivitet	KPI standard	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Hele landet	Helgelands sykehuset	Finmarkssykehuset	Nordlandssykehuset	Universitetssykehuset Nord-Norge
						RHF	RHF	RHF	RHF		HF	HF	HF	Norge
Q100M154	PHV	Main	Andel (%) fristrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHV	L	O	7,00	14,90	1,40	0,70	3,30	0,00	7,90	18,00	25,40
Q101M158	PHBU	Main	Andel (%) fristrudd for pasienter som står på venteliste innen PHBU	L	O	5,80	7,60	2,30	0,20	3,20	5,00	3,10	14,00	5,80
Q102M256	Sykehusopphold	Main	Andel fristrudd for pasienter som står på venteliste	L	O	0,50	7,10	3,30	5,20	4,30	7,90	5,20	7,50	7,40
Q103M162	TSB	Main	Andel (%) fristrudd for pasienter som står på venteliste innen TSB	L	O	1,40	8,50	4,60	4,40	5,00	0,00	0,00	6,50	6,30
Q104M166	PHV	Main	Andel (%) fristrudd for pasienter som står på venteliste innen PHV	L	O	2,20	19,70	2,30	0,40	4,30	0,00	8,40	17,20	27,50
Q107M369	PHV	Main	Andel nye henvisninger med registrert henvisningsformålet	H	100	90,40	86,00	95,30	91,10	93,10	95,60	86,00	98,40	75,60
Q116M1540	Akuttme disin pre hospitallt	Main	Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus som fikk tilbake egen hjerterytme	H		23,74	28,05	25,95	27,42	26,10	18,18	41,67	22,73	34,62
Q116M814	Akuttme disin pre hospitallt	Main	Antall vellykkede gjenopplivninger etter hjertestans per 100 000 innbyggere	H		13,42	14,29	13,35	13,62	13,50	15,51	20,12	10,85	14,01
Q116M816	Akuttme disin pre hospitallt	Main	Antall hjertestanser per 100 000 innbyggere	L		56,54	50,95	51,15	49,68	51,73	85,30	48,30	47,75	46,47
Q117M804	Akuttme disin pre hospitallt	Main	Andel hjertestanser utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning før ambu	H		88,95	82,14	83,98	80,21	83,98	71,43	91,67	86,21	81,82
Q119M425	Somaikk	Main	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer	H		67,20	46,30	65,50	67,90	64,50	54,80	50,00	47,90	38,00
Q119M426	Somaikk	Main	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 48 timer	H		94,70	77,50	95,10	95,10	93,50	97,60	68,80	89,00	57,70
Q121M1766	PHBU	Main	Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 1	H		91,60	94,60	88,20	89,90	89,70	95,50	95,20	91,00	96,60
Q121M1769	PHBU	Main	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 2	H		86,10	86,70	86,20	84,60	85,80	94,10	57,10	82,80	93,30
Q121M1772	PHBU	Main	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 3	H		80,00	100,00	81,30	73,30	81,00	100,00	0,00	100,00	100,00
Q122M1778	TSB	Main	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i tverrfaglig sp	H		85,99	99,40	98,47	99,04	96,93	100,00	100,00	100,00	98,91
Q124M1775	PHV	Main	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i psykisk helse	H	100	93,81	92,50	92,36	92,10	92,47	93,99	93,40	93,33	90,98
Q143M29	Hjerte- og karsykdommer	Main	Andel pasienter 18 år og over innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolys	H		14,60	9,90	14,10	20,60	15,00	26,90	2,70	5,70	8,60
Q149M373	PHV	Main	Andel voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV	H	100	35,90	7,40	16,30	29,40	20,60	0,00	0,00	9,10	8,70
Q149M377	PHV	Main	Mangler registrering eller ukjent status for individuell plan	L	O	118,00	156,00	595,00	215,00	1 088,00	12,00	15,00	36,00	93,00
Q157M82	Sykehusopphold	Main	Andel pasienter plassert på koridor	L	O	0,62	0,80	0,61	1,14	0,74	1,76	0,03	0,36	0,97
Q159M990	Kreftpakke forløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 24 kreftformer	H	70	67,74	77,25	78,18	88,41	77,27	82,24	72,05	78,94	77,11
Q184M1604	Somaikk	Main	Andel pasienter med kronisk nyreavvik som får hjemmedialyse siste dag i tertialet	H		22,80	21,60	29,50	20,70	26,00	0,00	20,80	18,60	26,60
Q18M1257	TSB	Main	Andel avsluttede behandlingsopphold for pasienter over 18 år med manglende rapportering om avslut	L	O	4,90	66,30	65,20	82,60	59,60	92,00	68,00	97,10	96,20
Q199M1479	Kreftpakke forløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for blærekreft	H	70	71,42	76,47	79,47	90,26	79,22	85,71	66,66	83,33	68,00
Q199M1495	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for blærekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	84,78	85,71	91,83	98,15	91,94		85,71	78,14	94,11
Q19M120	PHBU	Main	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager	H	100	97,50	95,00	98,00	99,90	98,10	100,00	96,40	95,50	90,80
Q200M1451	Kreftpakke forløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for brystkreft	H	70	86,70	94,70	90,85	98,33	92,21			94,73	94,62
Q200M1467	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	70,99	57,04	72,67	56,44	67,59			83,14	41,17
Q200M1790	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for brystkreft innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70	71,99	52,29	74,13	60,31	69,24			82,66	30,15
Q200M1793	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70	68,00	72,73	66,66	48,97	61,94			80,00	72,72
Q201M1483	Kreftpakke forløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for eggstokkreft	H	70	46,42	68,75	78,83	96,77	78,41				60,00
Q201M1498	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for eggstokkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	76,31	78,94	67,27	95,00	75,36			77,77	100,00
Q202M1507	Kreftpakke forløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for malignt melanom	H	70	73,83	83,33	72,83	87,20	76,97	80,00	80,00	75,00	91,66
Q202M1523	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for malignt melanom gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	88,77	94,94	92,41	88,12	90,78	85,71	83,33	92,85	100,00
Q203M1487	Kreftpakke forløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for hode-halskreft	H	70	64,00	66,66	76,75	94,64	76,48		100,00	62,50	61,29
Q203M1501	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for hode-halskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	76,47	69,23	65,71	55,31	65,60			71,42	66,66
Q204M1511	Kreftpakke forløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for livmorkreft	H	70	70,58	78,57	76,68	94,00	78,20				80,85
Q204M1526	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for livmorkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	65,51	70,37	79,54	80,76	77,08			71,42	68,75
Q205M1455	Kreftpakke forløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lungekreft	H	70	81,14	82,70	86,14	94,28	88,57	81,81	69,23	91,89	80,55
Q205M1470	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for lungekreft som gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	53,33	77,52	55,17	71,51	60,83	73,33	76,92	85,00	75,60

NKI_Kode	KPI_gruppe	Main	Nasjonale kvalitetsindikatorer	Positivitet	KPI standard	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør	Helse Vest	Hele landet	Helgelandssykehus HF	Finnmarkssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
						Norge RHF	RHF	Øst RHF	RHF					
Q205M1817	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70	44,44	72,00	48,30	66,66	54,34	71,42	0,00	66,66	66,66
Q205M1820	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70	67,44	76,66	70,99	74,35	71,28		80,00	87,30	76,92
Q205M1823	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70	42,30	82,26	44,23	72,22	53,17		60,00	100,00	78,94
Q206M1515	Kreftpakkeforløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lymfom	H	70	52,45	81,28	67,25	79,78	69,33			71,42	96,00
Q206M1529	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for lymfom gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	H	70	88,88	58,62	51,02	73,33	63,08			57,14	60,00
Q207M1519	Kreftpakkeforløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for nyrekreft	H	70	72,97	70,98	77,93	92,10	79,06			66,66	68,42
Q207M1532	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for nyrekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	66,66	38,88	62,32	70,00	63,11				55,55
Q208M1459	Kreftpakkeforløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for prostatakreft	H	70	66,66	74,11	80,89	82,28	77,91	87,09	80,00	77,93	67,05
Q208M1473	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	38,02	35,29	61,45	78,28	60,43	27,27	21,42	41,66	37,14
Q208M1796	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70	48,14	30,90	63,50	83,33	61,94	16,66	14,28	40,90	35,71
Q208M1799	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70	29,26	33,33	58,98	79,45	61,51			28,57	25,00
Q208M1802	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70	0,00	0,00	33,33	77,27	57,89				
Q208M1805	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, overvåking uten behandling	H	70	34,04	42,42	61,46	67,79	56,97	28,57	0,00	58,33	55,55
Q209M1491	Kreftpakkeforløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk	H	70	82,22	69,23	64,70	86,53	72,10	100,00		68,75	
Q209M1504	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	85,71	36,36	58,33	86,20	67,76			50,00	
Q209M124	PHBU	Main	Barn- og ungdomsgarantiene: Andel (%) til vurdering innen 10 dager	H	100	99,30	97,80	98,00	94,10	96,90	97,90	97,20	96,50	98,70
Q210M1463	Kreftpakkeforløp	Main	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft	H	70	77,32	79,39	79,99	90,44	81,62	92,00	78,57	79,31	74,23
Q210M1476	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	58,70	48,21	71,70	73,33	68,07	39,28	69,23	61,29	37,50
Q210M1808	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70	62,80	50,54	78,01	71,84	71,99	41,66	78,00	64,00	40,62
Q210M1811	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70	42,85	44,44	58,13	80,00	61,11				
Q210M1814	Kreftpakkeforløp	Main	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70	46,15	33,33	30,76	73,86	43,69				
Q229M1174	PHV	Main	Andel pasienter i døgnbehandling med vedtak om kortvarig fastholdning i måleperioden	L		4,33	4,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,63	9,99
Q229M1175	PHV	Main	Andel pasienter i døgnbehandling med vedtak om kortvarig anbringelse bak låst/stengt dør i måleperioden	L		0,50	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,15
Q229M1176	PHV	Main	Andel pasienter i døgnbehandling med vedtak om enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler	L		1,68	1,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,48	0,91
Q229M1177	PHV	Main	Andel pasienter i døgnbehandling med vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler i måleperioden	L		2,25	3,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,15	1,97
Q229M1178	PHV	Main	Andel pasienter i døgnbehandling med minst ett tvangsmiddel vedtak i måleperioden	L		9,82	4,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,53	6,51
Q280M461	PHV	Main	Andel tvangsinngelser i psykisk helsevern for voksne	L		16,60	12,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,90	14,70
Q284M103	Sykehusopphold	Main	Andel (%) utsettelse	L	5	6,16	9,80	5,24	4,56	5,78	6,74	26,86	6,90	7,26
Q290M189	PHBU	Main	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager	L	35	59,55	52,76	48,51	42,70	47,96	44,78	51,48	63,60	51,03
Q290M190	PHBU	Main	Median ventetid innen PHBU i antall dager	L		49,00	50,00	45,00	41,00	46,00	42,00	51,00	63,00	46,90
Q293M262	Sykehusopphold	Main	Gjennomsnittlig ventetid innen somatisk helse tjeneste	L	50	56,85	66,45	59,27	67,75	61,52	57,73	68,81	66,89	68,88
Q293M263	Sykehusopphold	Main	Median ventetid	L	50	46,00	48,00	42,00	52,00	44,00	37,00	49,00	50,00	49,00
Q296M193	TSB	Main	Gjennomsnittlig ventetid innen TSB i antall dager	L	30	27,80	43,98	33,25	27,11	33,79	42,00	43,88	39,64	38,22
Q296M194	TSB	Main	Median ventetid innen TSB i antall dager	L		24,00	40,00	26,00	24,00	27,00	39,00	41,50	29,00	38,00
Q297M197	PHV	Main	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse voksne i antall dager	L	40	47,29	56,64	45,30	39,08	45,98	41,27	49,63	55,60	67,15
Q297M198	PHV	Main	Median ventetid innen PHV i antall dager	L		43,00	46,00	41,00	33,00	41,00	36,00	42,00	46,90	55,00
Q298M264	Sykehusopphold	Main	Andel brudd på vurderingsgarantien	L	0	2,10	2,70	1,20	2,00	1,80	0,50	3,10	1,50	4,30
Q299M199	TSB	Main	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB	L	0	1,40	1,80	1,10	0,80	1,10	2,10	3,00	0,00	2,50
Q300M203	PHV	Main	Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen PHV	L	0	0,50	2,40	2,40	4,70	3,00	1,10	1,10	1,20	3,50
Q306M1746	Sykehusopphold	Main	Andel oppdaterte ventetider for Velg behandlingstede, uavhengig av fagområde	H	100	85,13	74,79	87,18	59,53	81,52	0,00	0,00	0,00	0,00
Q306M1747	Sykehusopphold	Main	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstede innen fysisk helse	H	100	84,45	74,88	86,70	59,70	81,84	0,00	0,00	0,00	0,00
Q306M1748	Sykehusopphold	Main	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstede innen psykisk helse, voksne	H	100	88,22	73,37	88,13	61,08	81,70	0,00	0,00	0,00	0,00
Q306M1749	Sykehusopphold	Main	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstede innen psykisk helse, barn og unge	H	100	96,04	82,16	87,08	76,72	84,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Q306M1750	Sykehusopphold	Main	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstede innen rus og avhengighet	H	100	87,53	82,48	91,45	48,50	83,29	0,00	0,00	0,00	0,00
Q306M1751	Sykehusopphold	Main	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstede innen habilitering, barn og unge	H	100	73,54	0,00	83,77	32,83	67,91	0,00	0,00	0,00	0,00
Q306M1752	Sykehusopphold	Main	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstede innen habilitering, voksne	H	100	88,02	32,72	76,97	60,04	72,06	0,00	0,00	0,00	0,00
Q306M1753	Sykehusopphold	Main	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingstede innen rehabilitering	H	100	69,41	63,80	90,77	48,60	78,85	0,00	0,00	0,00	0,00
Q320M1874	TSB	Main	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80	55,00	31,00	32,00	46,00	37,00	43,00	29,00	36,00	25,00
Q321M1867	PHV	Main	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80	68,00	63,00	73,00	75,00	72,00	62,00	66,00	49,00	56,00
Q322M1890	PHBU	Main	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H	100	47,00	35,00	53,00	19,00	44,00	46,00	31,00	32,00	20,00

NKI_Kode	KPI_gruppe	Main	Nasjonale kvalitetsindikatorer	Positivitet	KPI standard	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Hele landet	Helgelands sykehus HF	Finnmarks sykehus HF	Nordlands sykehus HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
						Norge RHF	RHF	RHF	RHF					
Q323M1887	PHV	Main	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H		42,00	16,00	47,00	17,00	40,00	25,00	11,00	10,00	15,00
Q324M1883	TSB	Main	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H		30,00	48,00	45,00	17,00	38,00	29,00	38,00	8,00	47,00
Q325M1877	PHV	Main	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80	41,00	31,00	48,00	48,00	45,00	40,00	44,00	28,00	19,00
Q326M1880	PHBU	Main	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80	20,00	31,00	37,00	49,00	37,00	45,00	24,00	4,00	22,00
Q327M1857	TSB	Main	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80	80,00	56,00	84,00	70,00	81,00	50,00	67,00	50,00	40,00
Q328M1871	PHBU	Main	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80	37,00	51,00	55,00	60,00	53,00	62,00	55,00	49,00	22,00
Q3M1781	Kreftpakke forløp	Main	Andel 26 organspesifikke kreftpakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70	70,78	61,08	76,02	77,54	74,28	43,54	68,29	69,93	58,46
Q3M1784	Kreftpakke forløp	Main	Andel 26 organspesifikke kreftpakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70	64,38	62,82	64,61	72,09	66,66	50,00	76,92	57,77	65,85
Q3M1787	Kreftpakke forløp	Main	Andel 26 organspesifikke kreftpakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70	52,45	61,33	45,42	67,52	52,40	57,14	58,33	70,58	58,97
Q3M982	Kreftpakke forløp	Main	Andel pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid	H	70	66,63	61,08	70,78	74,98	70,33	45,83	63,88	67,63	60,26
Q41M1214	Legemidler	Main	Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode	L		14,62	12,41	15,25	14,14	14,62	15,61	9,57	12,97	11,91
Q41M1215	Legemidler	Main	Antall definerte døgndoser (DDD) av «piperacillin og enzymhemmer» per 100 liggedøgn/periode	L		3,74	4,38	3,65	4,52	3,92	6,15	3,61	4,16	4,22
Q41M1216	Legemidler	Main	Antall definerte døgndoser (DDD) av andre generasjons cefalosporiner per 100 liggedøgn/periode	L		0,46	0,70	0,52	0,47	0,52	0,85	0,88	1,04	0,48
Q41M1217	Legemidler	Main	Antall definerte døgndoser (DDD) av tredje generasjons cefalosporiner per 100 liggedøgn/periode	L		6,34	5,17	7,39	6,18	6,75	6,60	3,72	4,83	5,31
Q41M1218	Legemidler	Main	Antall definerte døgndoser (DDD) av karbapenemer per 100 liggedøgn/periode	L		2,06	0,76	1,58	1,24	1,49	0,57	0,19	1,07	0,78
Q41M1219	Legemidler	Main	Antall definerte døgndoser (DDD) av kinoloner per 100 liggedøgn/periode	L		3,00	1,39	3,09	1,72	1,92	1,62	1,16	1,85	1,13
Q52M1004	Kreftpakke forløp	Main	Andel gjennomførte diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70	0,00	74,50	60,91	54,44	61,17	85,71		30,76	96,47
Q69M334	Syke husopphold	Main	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	H	70	58,80	70,20	67,40	64,00	65,70	60,60	74,70	77,70	66,90
Q69M335	Syke husopphold	Main	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	H		90,10	89,90	89,10	89,00	89,30	87,80	93,80	89,60	89,70
Q70M313	TSB	Main	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB	H	60	79,30	31,40	55,20	49,00	55,10	26,90	32,00	74,30	44,50
Q70M314	TSB	Main	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB	H		97,70	56,50	89,20	88,50	86,90	73,10	92,00	85,70	80,70
Q71M320	PHV	Main	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV	H	60	55,20	48,00	48,60	48,70	49,40	30,90	47,30	65,80	43,80
Q71M321	PHV	Main	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV	H		93,90	83,70	81,80	81,70	83,60	90,90	91,60	88,10	80,80
Q97M146	PHBU	Main	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHBU	L	0	4,90	11,10	3,60	0,70	4,00	0,50	4,00	14,40	16,80
Q98M252	Syke husopphold	Main	Andel fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp	L	0	2,20	10,80	3,30	7,40	4,80	7,50	14,40	10,90	10,60
Q99M150	TSB	Main	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen TSB	L	0	4,40	10,40	2,80	1,00	3,90	3,60	2,00	10,80	6,50
Q332M1902	Hjerte- og karsykdommer	Main	Andel pasienter med akutt hjerneslag som har fått tverrfaglig funktionsvurdering innen 7 dager	H		82,60	81,90	77,90	84,80	80,40	80,90	73,50	82,90	83,50

Fargekoder: *grønt* = beste måloppnåelse i regionen/landet; *rødt* = laveste måloppnåelse i regionen/landet (uavhengig av om målet er nådd eller ikke, slik at rødt ikke indikerer at målet ikke er nådd). (Dersom det er bare ett HF som har måltall, da ser vi alltid grønt, uansett måloppnåelse – gjelder særlig pakkeforløp kreft for kreftformer hvor utredning/behandling er sentralisert). Positivitet; L=lav verdi er best, H=høy verdi er best

Tabell 2 Sammenstilling av somatiske indikatorer 1. tertial 2021 for Helse Nord og resten av landet. Kilde: Helsedirektoratet, databasevennlig publisering.

KPI gruppe navn	Kode	Nasjonal kvalitetsindikatorer	Positive	MSI	Helgelandssykehuse L HF	Finnmarkssykehuse L HF	Nordlandssykehuse L HF	Universitetssykeh uset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Akuttmedisin prehospitalt	Q116M1540	Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus som fikk tilbake egen hjerterytme	H		18,2	41,7	22,7	34,6	23,7	28,0	26,0	27,4	26,1
Akuttmedisin prehospitalt	Q116M814	Antall vellykkede gjenopplivninger etter hjertestans per 100 000 innbyggere	H		15,5	20,1	10,9	14,0	13,4	14,3	13,4	13,6	13,5
Akuttmedisin prehospitalt	Q116M816	Antall hjertestans per 100 000 innbyggere	L		85,3	48,3	47,8	40,5	56,5	50,9	51,5	49,7	51,7
Akuttmedisin prehospitalt	Q117M804	Andel hjertestans utenfor sykehus hvor tilstedeværende har startet hjerte-lunge-redning før ambulansen	H		71,4	91,7	86,2	81,8	89,0	82,1	84,0	80,2	84,0
Hjerte- og karsykdommer	Q143M29	Andel pasienter 18 år og over innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	H		26,9	2,7	5,7	8,6	14,6	9,9	14,1	20,6	15,0
Hjerte- og karsykdommer	Q332M1902	Andel pasienter med akutt hjerneslag som har fått tyverfaglig	H		80,9	73,5	82,9	83,5	82,6	81,9	77,9	84,8	80,4
Kreftpakkeforløp	Q119M990	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 24 kreftformer	H	70 %	82,2	72,1	76,9	77,1	67,7	77,3	76,2	88,4	77,3
Kreftpakkeforløp	Q199M1479	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for blærekreft	H	70 %	85,7	66,7	83,3	68,0	71,4	76,5	79,5	90,3	79,2
Kreftpakkeforløp	Q199M1495	Andel pakkeforløp for blærekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %		85,7	76,2	94,1	84,8	85,7	91,5	96,2	91,5
Kreftpakkeforløp	Q200M1451	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for brystkreft	H	70 %			94,7	94,6	86,7	94,7	90,9	98,3	92,2
Kreftpakkeforløp	Q200M1467	Andel pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			82,1	41,2	70,9	57,0	72,7	56,4	67,6
Kreftpakkeforløp	Q200M1790	Andel pakkeforløp for brystkreft innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %			82,6	30,2	71,5	52,3	74,1	60,3	69,2
Kreftpakkeforløp	Q200M1793	Andel pakkeforløp for brystkreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %			80,0	72,7	68,0	72,7	66,7	49,0	61,9
Kreftpakkeforløp	Q201M1483	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for eggstokkreft	H	70 %				60,0	46,4	68,8	78,8	96,8	76,4
Kreftpakkeforløp	Q201M1498	Andel pakkeforløp for eggstokkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			77,8	100,0	76,3	78,9	67,3	95,0	75,4
Kreftpakkeforløp	Q202M1507	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for malignt melanom	H	70 %	80,0	80,0	75,0	91,7	73,8	83,3	72,8	87,2	77,0
Kreftpakkeforløp	Q202M1523	Andel pakkeforløp for malignt melanom gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	85,7	83,3	92,9	100,0	88,8	94,5	92,4	88,1	90,8
Kreftpakkeforløp	Q203M1487	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for hode-halskreft	H	70 %		100,0	62,5	61,3	64,0	66,7	76,8	94,6	76,5
Kreftpakkeforløp	Q203M1501	Andel pakkeforløp for hode-halskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			71,4	66,7	76,5	69,2	65,7	55,3	65,6
Kreftpakkeforløp	Q204M1511	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for livmorkreft	H	70 %				81,0	70,6	78,6	76,1	94,0	79,2
Kreftpakkeforløp	Q204M1526	Andel pakkeforløp for livmorkreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			71,4	68,8	65,5	70,4	79,5	80,8	77,1
Kreftpakkeforløp	Q205M1455	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lungekreft	H	70 %	81,8	69,2	91,9	80,6	81,1	82,7	86,1	94,3	86,6
Kreftpakkeforløp	Q205M1470	Andel pakkeforløp for lungekreft som gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	73,3	76,9	85,0	75,6	53,3	77,5	55,2	71,5	60,8
Kreftpakkeforløp	Q205M1817	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %	71,4		66,7	66,7	44,4	72,0	48,3	66,7	54,3
Kreftpakkeforløp	Q205M1820	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %		80,0	87,5	76,9	67,4	76,7	70,8	74,4	71,8
Kreftpakkeforløp	Q205M1823	Andel pakkeforløp for lungekreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %		60,0	100,0	78,9	42,3	82,4	44,2	72,2	53,2
Kreftpakkeforløp	Q206M1515	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lymfom	H	70 %			71,4	96,0	52,5	81,4	67,3	79,8	69,3
Kreftpakkeforløp	Q206M1529	Andel pakkeforløp for lymfom gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			57,1	60,0	88,9	58,6	51,0	73,3	68,1

KPI gruppe navn	Kode	Nasjonal kvalitetsindikatorer	Positive	Mål	Helgelandsykehuset HF	Finnmarkssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF	Universitetssykehus et Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Kreftpakkeforløp	Q207M1519	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for nyrekreft	H	70 %			66,7	68,4	73,0	70,6	77,8	92,1	79,1
Kreftpakkeforløp	Q207M1532	Andel pakkeforløp for nyrekreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %			0,0	55,6	66,7	38,9	62,3	70,0	63,1
Kreftpakkeforløp	Q208M1459	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for prostatakreft	H	70 %	87,1	80,0	77,6	67,1	66,7	74,1	80,7	82,3	77,9
Kreftpakkeforløp	Q208M1473	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	27,3	21,4	41,7	37,1	38,0	35,3	61,5	78,3	60,4
Kreftpakkeforløp	Q208M1736	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %	16,7	14,3	40,9	35,7	48,1	30,9	63,5	83,3	61,9
Kreftpakkeforløp	Q208M1739	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %			28,6	25,0	29,3	33,3	59,0	79,5	61,5
Kreftpakkeforløp	Q208M1802	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %							33,3	77,8	57,9
Kreftpakkeforløp	Q208M1805	Andel pakkeforløp for prostatakreft gjennomført innen standardforløpstid, overvåking uten behandling	H	70 %	28,6		58,3	55,6	34,0	42,4	61,5	67,8	57,0
Kreftpakkeforløp	Q209M1491	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk	H	70 %	100,0			68,8	82,2	69,2	64,7	86,5	72,1
Kreftpakkeforløp	Q209M1504	Andel pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %				50,0	85,7	36,4	58,3	86,2	67,8
Kreftpakkeforløp	Q210M1463	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft	H	70 %	92,0	78,6	79,3	74,1	77,3	79,4	80,0	90,4	81,6
Kreftpakkeforløp	Q210M1476	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	39,3	69,2	61,3	37,5	58,7	48,2	71,7	73,3	68,1
Kreftpakkeforløp	Q210M1808	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk	H	70 %	41,7	70,0	64,0	40,6	62,8	50,5	78,0	71,8	72,0
Kreftpakkeforløp	Q210M1811	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell	H	70 %					42,9	44,4	58,1	80,0	61,1
Kreftpakkeforløp	Q210M1814	Andel pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %					46,2	33,3	30,8	75,9	43,7
Kreftpakkeforløp	Q3M1781	Andel 26 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, kirurgisk behandling	H	70 %	43,5	68,3	69,9	58,5	70,8	61,1	76,0	77,5	74,3
Kreftpakkeforløp	Q3M1784	Andel 26 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, medikamentell behandling	H	70 %	50,0	76,9	57,8	65,9	64,4	62,8	64,6	72,1	66,7
Kreftpakkeforløp	Q3M1787	Andel 26 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	H	70 %	57,1	58,3	70,6	59,0	52,5	61,3	45,4	67,5	52,4
Kreftpakkeforløp	Q3M982	Andel pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid	H	70 %	45,8	63,9	67,6	60,3	66,6	61,1	70,8	75,0	70,3
Kreftpakkeforløp	Q52M1004	Andel gjennomførte diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid	H	70 %	85,7		30,8	90,5		74,5	60,9	54,4	61,2
Legemidler	Q41M1214	Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode	L		15,6	9,6	13,0	11,9	14,6	12,4	15,3	14,1	14,6
Legemidler	Q41M1215	Antall definerte døgndoser (DDD) av «piperacillin og enzymer» per 100 liggedøgn/periode	L		6,2	3,6	4,2	4,2	3,7	4,4	3,7	4,5	3,9
Legemidler	Q41M1216	Antall definerte døgndoser (DDD) av andre generasjons cefalosporiner per 100 liggedøgn/periode	L		0,7	0,9	1,0	0,5	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5
Legemidler	Q41M1217	Antall definerte døgndoser (DDD) av tredje generasjons cefalosporiner per 100 liggedøgn/periode	L		6,6	3,7	4,8	5,3	6,3	5,2	7,4	6,2	6,8

KPI gruppe navn	Kode	Nasjonal kvalitetsindikatorer	Positive	Mål	Helgelandssykehuset HF	Finnmarkssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Legemidler	Q41M128	Antall definerte døgndoser (DDD) av karbapenemer per 100 liggedøgn/periode	L		0,6	0,2	1,1	0,8	2,1	0,8	1,6	1,2	1,5
Legemidler	Q41M129	Antall definerte døgndoser (DDD) av kinoloner per 100 liggedøgn/periode	L		1,6	1,2	1,9	1,1	2,0	1,4	2,1	1,7	1,9
PHBU	Q10M168	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHBU	L	0 %	0,0	3,1	14,0	5,8	5,8	7,6	2,3	0,2	3,2
PHBU	Q121M1766	Andel henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 1	H		95,5	95,2	91,0	96,6	91,6	94,6	88,2	89,9	89,7
PHBU	Q121M1769	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 2	H		94,1	57,1	82,8	93,3	86,1	86,7	86,2	84,6	85,8
PHBU	Q121M1772	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode innen akse 3	H		100,0		100,0	100,0	80,0	100,0	81,3	73,3	81,0
PHBU	Q19M120	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager	H	100 %	100,0	99,4	95,5	90,8	97,5	95,0	98,0	99,9	98,1
PHBU	Q20M124	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager	H	100 %	97,9	97,2	96,5	98,7	99,3	97,8	98,0	94,1	96,9
PHBU	Q230M189	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager	L	35 %	44,8	51,5	63,6	51,0	50,5	52,8	48,5	42,7	48,0
PHBU	Q230M190	Median ventetid innen PHBU i antall dager	L		42,0	51,0	63,0	46,0	49,0	50,0	45,0	41,0	45,0
PHBU	Q322M1890	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H	100 %	46,0	31,0	32,0	20,0	47,0	35,0	53,0	19,0	44,0
PHBU	Q328M1880	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80 %	45,0	24,0	4,0	22,0	20,0	31,0	37,0	49,0	37,0
PHBU	Q328M1871	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80 %	62,0	55,0	49,0	22,0	37,0	51,0	55,0	60,0	53,0
PHBU	Q97M146	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHBU	L	0 %	0,5	4,0	14,4	16,8	4,9	11,1	3,6	0,7	4,0
PHV	Q100M154	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHV	L	0 %	0,0	7,9	18,0	25,4	7,0	14,9	1,4	0,7	3,3
PHV	Q104M166	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHV	L	0 %	0,0	8,4	17,2	27,5	2,2	19,7	2,3	0,4	4,3
PHV	Q107M369	Andel nye henvisninger med registrert henvisningsformål	H	100 %	95,6	86,0	98,4	75,6	90,4	86,0	95,3	91,1	93,1
PHV	Q124M1775	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i psykisk helsevern for	H	100 %	94,0	93,4	93,3	91,0	93,8	92,5	92,4	92,1	92,5
PHV	Q149M373	Andel voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV	H	100 %	0,0	0,0	9,1	8,7	35,9	7,4	16,3	29,4	20,6
PHV	Q149M377	Mangler registrering eller ukjent status for individuell plan	L	0	12	15	36	93	118	156	595	215	1 088
PHV	Q229M1174	Andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med vedtak om kortvarig fastholdning i målperioden	L				5,6	5,9	4,5	4,4	0,0	0,0	0,0
PHV	Q229M1175	Andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med vedtak om kortvarig anbringelse bak låst/stengt dør i målperioden	L				0,2	0,2	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0
PHV	Q229M1176	Andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med vedtak om enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemiddel i	L				2,5	0,9	1,7	1,2	0,0	0,0	0,0
PHV	Q229M1177	Andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler i målperioden	L				3,2	2,0	2,3	1,8	0,0	0,0	0,0

KPI gruppe navn	Kode	Nasjonal kvalitetsindikatorer	Positive	Mål	Helgelandssykehuset HF	Finmarkssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
PHV	Q228M178	Andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden	L				● 6,5	● 6,5	● 5,8	4,9	● 0,0	● 0,0	0,0
PHV	Q280M461	Andel tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne	L				● 16,9	● 14,7	● 16,6	12,4	● 0,0	● 0,0	0,0
PHV	Q297M197	Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse voksne i antall dager	L	40 %	● 41,3	49,6	55,6	● 67,2	47,3	● 56,6	45,3	● 38,1	46,0
PHV	Q297M198	Median ventetid innen PHV i antall dager	L		● 36,0	42,0	46,5	● 55,0	43,0	● 46,0	41,0	● 33,0	41,0
PHV	Q300M203	Andel (%) brudd på vurderingsgarantier for pasienter innen PHV	L	0 %	● 1,1	● 1,1	1,2	● 3,5	● 0,5	2,4	2,4	● 4,7	3,0
PHV	Q321M1867	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80 %	● 62,0	● 66,0	● 49,0	56,0	68,0	● 63,0	73,0	● 75,0	72,0
PHV	Q323M1887	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H		● 25,0	11,0	● 10,0	15,0	42,0	● 16,0	● 47,0	17,0	40,0
PHV	Q325M1877	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt	H	80 %	40,0	● 44,0	28,0	● 19,0	41,0	● 31,0	● 48,0	● 48,0	45,0
PHV	Q71M320	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV	H	60 %	● 30,9	47,3	● 66,8	43,8	● 55,2	● 48,0	48,6	48,7	49,4
PHV	Q71M321	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV	H		90,9	● 91,6	88,1	● 80,8	● 93,9	83,7	81,8	● 81,7	83,6
Somatikk	Q118M425	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer	H		● 54,8	50,0	47,9	● 38,0	67,2	● 46,3	65,5	● 67,9	64,5
Somatikk	Q118M426	Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 48 timer	H		● 97,6	68,8	89,0	● 57,7	94,7	● 77,5	● 95,1	● 95,1	93,5
Somatikk	Q184M1604	Andel pasienter med kronisk nyresvikt som får hjemmedialyse siste dag i tertialet	H			20,8	● 18,6	● 26,6	22,8	21,6	● 29,5	● 20,7	26,0
Sykehusopphold	Q102M256	Andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste	L	0 %	● 7,9	● 5,2	7,5	7,4	● 0,5	● 7,1	3,3	5,2	4,3
Sykehusopphold	Q157M182	Andel pasienter plassert på korridor	L	0 %	● 1,8	● 0,0	0,4	1,0	0,6	0,8	● 0,6	● 1,1	0,7
Sykehusopphold	Q284M103	Andel (%) utsettelse	L	5 %	● 6,7	● 26,9	6,9	7,3	6,2	● 9,8	5,2	● 4,6	5,8
Sykehusopphold	Q233M262	Gjennomsnittlig ventetid innen somatisk helsetjeneste	L	50	● 57,7	● 68,8	66,9	68,6	● 56,9	66,4	59,3	● 67,7	61,5
Sykehusopphold	Q293M263	Median ventetid	L	50	● 37,0	49,0	● 50,0	49,0	46,0	48,0	● 42,0	● 52,0	44,0
Sykehusopphold	Q298M264	Andel brudd på vurderingsgarantier	L	0 %	● 0,5	3,1	1,5	● 4,3	2,1	● 2,7	● 1,2	2,0	1,8
Sykehusopphold	Q306M1746	Andel oppdaterte ventetider for Velg behandlingssted, uavhengig av fagområde	H	100 %					85,1	74,8	● 87,2	● 59,5	81,5
Sykehusopphold	Q306M1747	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen fysisk helse	H	100 %					84,5	74,9	● 86,7	● 59,7	81,8
Sykehusopphold	Q306M1748	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse, voksne	H	100 %					● 88,2	73,4	88,1	● 61,1	81,7
Sykehusopphold	Q306M1749	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen psykisk helse, barn og unge	H	100 %					● 96,0	82,2	87,1	● 76,7	84,2
Sykehusopphold	Q306M1750	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen rus og avhengighet	H	100 %					87,5	82,5	● 91,5	● 48,5	83,3

KPI gruppe navn	Kode	Nasjonal kvalitetsindikatorer	Positive	Mål	Helgelandssykehuset HF	Finnmarkssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
Sykehusopphold	Q308M1751	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering, barn og unge	H	100 %					73,5	0,0	83,8	32,8	67,9
Sykehusopphold	Q308M1752	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen habilitering, voksne	H	100 %					88,0	32,7	77,0	60,0	72,1
Sykehusopphold	Q308M1753	Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted innen rehabilitering	H	100 %					69,4	63,8	90,8	48,6	78,9
Sykehusopphold	Q89M334	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	H	70 %	60,6	74,7	77,7	66,9	58,8	70,2	67,4	64,0	65,7
Sykehusopphold	Q89M335	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	H		87,8	93,8	89,6	89,7	90,1	89,9	89,1	89,0	89,3
Sykehusopphold	Q398M252	Andel fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp	L	0 %	7,5	14,4	10,9	10,6	2,2	10,8	3,3	7,4	4,8
TSB	Q103M162	Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen TSB	L	0 %	0,0	0,0	6,5	6,3	1,4	8,5	4,6	4,4	5,0
TSB	Q122M1778	Andel avsluttede henvisningsperioder registrert med spesifikk kode for hovedtilstand i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	H		100,0	100,0	100,0	98,9	86,0	99,4	98,5	99,0	96,9
TSB	Q18M1257	Andel avsluttede behandlingsopphold for pasienter over 18 år med manglende rapportering om avslutningstype	L	0 %	92,0	68,0	97,1	96,2	4,9	66,3	65,2	82,6	59,6
TSB	Q296M193	Gjennomsnittlig ventetid innen TSB i antall dager	L	30	42,0	43,9	39,6	38,2	27,8	44,0	33,2	27,1	33,8
TSB	Q296M194	Median ventetid innen TSB i antall dager	L		39,0	41,5	29,0	38,0	24,0	40,0	26,0	24,0	27,0
TSB	Q239M199	Andel (%) brudd på vurderingsgarantier for pasienter innen TSB	L	0 %	2,1	3,0	0,0	2,5	1,4	1,8	1,1	0,8	1,1
TSB	Q320M1874	Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid	H	80 %	43,0	29,0	36,0	25,0	55,0	31,0	32,0	46,0	37,0
TSB	Q324M1883	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	H		29,0	38,0	8,0	47,0	30,0	48,0	45,0	17,0	38,0
TSB	Q327M1857	Andel pasienter som har blitt utredet innen anbefalt forløpstid	H	80 %	50,0	67,0	50,0	40,0	80,0	56,0	84,0	70,0	81,0
TSB	Q70M313	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB	H	60 %	26,9	32,0	74,3	44,5	79,3	31,4	55,2	49,0	55,1
TSB	Q70M314	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB	H		73,1	92,0	85,7	80,7	97,7	56,5	89,2	88,5	86,9
TSB	Q398M150	Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen TSB	L	0 %	3,6	2,0	10,8	6,5	4,4	10,4	2,8	1,0	3,9

Krav i oppdragsdokument 2021

Pasientens helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder

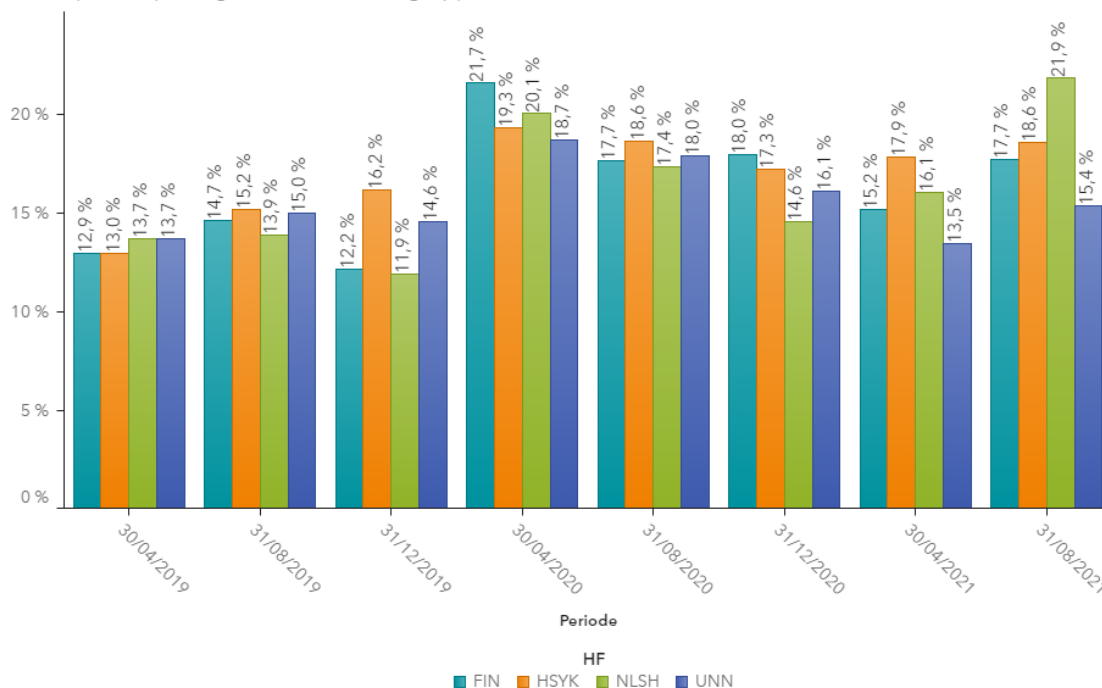
Krav nr i OD	Krav tekst	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens
--------------	------------	-----------------	------------------------

3	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding
---	--	----------------------	---

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Det vurderes som lite sannsynlig at foretakene vil nå målet om overholdelse av 95 % av avtalene innen utgangen av 2021, selv om det beskrives tiltak for å redusere tilfeller av passert planlagt tid. Avstanden til kravet er relativt stor for samtlige foretak, og vi ser en forverring for august 2021. Etterslep og ferieavvikling rapporteres som årsak til lav måloppnåelse.

Andel passert planlagt tid etter Periode gruppert etter HF



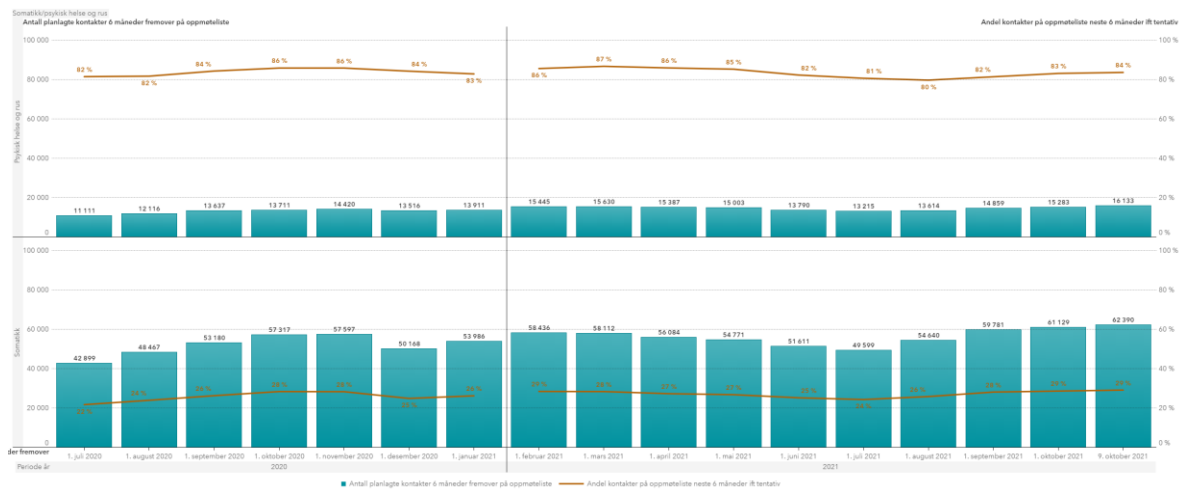
Figur 1: Andel passert planlagt tid pr mnd. (Kilde: HNLIS)

4	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
---	--	----------------------	-----------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Samlet andel planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder er relativt stabil og uendret sammenliknet med andre halvår 2020. Innen fagområde psykisk helse og rus er månedsvariasjonen for andel planlagte episoder hittil i år mellom 80-87% (mot 82-86% i 2. halvår 2020), mens fagområde somatikk varierer mellom 24-29% (mot 22-28% i 2. halvår 2020). Samlet for alle fagområder i Helse Nord var andelen planlagte kontakter for alle fagområder pr 1. sept

2021 49%, mot 47% pr 1. sept 2020. Helse Nord vurderer at det samlet sett er små endringer i utviklingen av indikatoren.



Figur 2: Planlagte kontakter 6 måneder frem i tid (Kilde: HNLIS)

5 Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.

FIN,
UNN,
NLSH,
HSYK

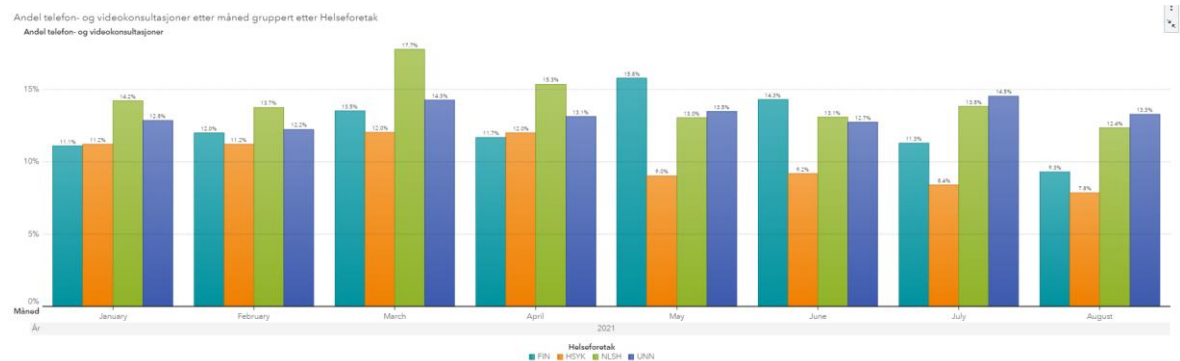
Tertialrapporter og Årlig melding

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon er samlet for Helse Nord under kravet på 15%, men det er variasjoner mellom fagområder og mellom foretak. Andelen er redusert sammenliknet med 1. tertial, og det vil være krevende å nå målkravet for 2021. Status for arbeidet som koordineres av Finnmarkssykehuset vil rapporteres i Årlig melding.

År	Somatikk/Psykisk helse og rus	Andel telefon- og videokonsultasjoner	Antall telefon- og videokonsultasjoner
2021	Psykisk helse og rus	21,5 %	39 599
	Somatikk	7,6 %	33 903

Figur 3: Andel telefon- og videokonsultasjoner fordelt på somatikk og psykisk helse og rus (Kilde: HNLIS)



Figur 4: Andel telefon- og videokonsultasjoner pr foretak (Kilde: HNLIS)

6	<p>Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.</p>	<p>FIN, UNN, NLSH, HSYK</p>	<p>Tertialrapporter og Årlig melding</p>
---	---	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Det er svak måloppnåelse på gyldne regel, både på regionnivå og per helseforetak. Viser for øvrig til månedlig virksomhetsrapport.

7	<p>Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.</p>	<p>FIN, UNN, NLSH, HSYK</p>	<p>Tertialrapporter og Årlig melding</p>
---	--	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Helseforetakenes vurderinger tilsier at det er behov for å øke ressurser, i form av personell og tverrfaglig- og spesialisert kompetanse, i habiliteringstjenestene. Det formidles et gjennomgående behov for å styrke fagfeltets legedekning. Finnmarkssykehuset slutfører sine vurderinger innen utløpet av året.

10	<p>Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskode.</p>	<p>FIN, UNN, NLSH, HSYK</p>	<p>2. tertial og Årlig melding</p>
----	--	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Det er utarbeidet en regional behandlingslinje, men implementeringen er ikke gjennomført.

12	<p>Opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.</p>	<p>FIN</p>	<p>2. tertial og Årlig melding</p>
----	--	------------	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Arbeidet er etablert som et treårig prosjekt i Sámi klinihkka i samarbeid med Helse Nord RHF.

Sikre god pasient- og brukervedvirkning

14	<i>Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeide med Brukerutvalg og Ungdomsråd.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Det ser ikke ut som om foretaksgruppen klarer etterleve kravet i tilstrekkelig grad. Oppgitte årsaker er ressursprioriteringer til pandemien (UNN) og ingen ansettelser som erfaringskonsulenter (HSYK). NLSH har påbegynt kartleggingen og inkluderer brukerutvalg og ungdomsråd i dette. FIN har bedt SANKS om å se på dette oppdraget.			
15	<i>Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringsentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Alle HF har påbegynt arbeidet. Helgelandssykehuset har ennå ikke opprettet ungdomsråd, her blir brukerutvalget involvert.			
16	<i>Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefelleskapene.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> I Nordlandssykehuset og UNN har brukerrepresentanter vært med i planlegging og etablering av helsefelleskapene. I Finnmarkssykehuset og Hegelandssykehuset er brukerrepresentanter med i planlegging og de vil delta i etableringen som skjer primo 2022. Kravet er oppfylt, men etableringen har gått senere enn ønsket.			
18	<i>Tilsette en Samvalgs- koordinator i 100 prosent stilling, tidsavgrenset perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.</i>	<i>FIN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Nærmere spesifisering ble sendt ut i juni, og rekrutteringsprosess er i gang i alle tre helseforetakene.			

Somatikk

20	<i>Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Helse Nord RHF ser med bekymring på at måloppnåelsen er lav og med stor variasjon. Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid for de 26 kreftformene er samlet for Helse Nord på 61 prosent i 2. tertial 2021. Måloppnåelse for Nordlandssykehuset og UNN er på 63 prosent, Finnmarkssykehuset 62 prosent og Helgelandssykehuset 47 prosent.</p> <p>Størst utfordring samlet for alle foretakene er det for prostatakreft og tykk-/endetarmskreft. I tillegg er måloppnåelsen lav for brystkreft ved UNN.</p> <p>Størst avvik er det i forløpstider for oppstart av kirurgisk behandling. Det er identifisert utfordringer knyttet til operasjonskapasitet og det er igangsatt arbeid i foretakene med bedre planlegging med mål om bedret kapasitetsutnyttelse.</p> <p>For prostatakreft er utredningstiden lang. Ved Helgelandssykehuset er det fra uke 38 mulighet for utredning med fusjonsbiopsi, noe som vil kunne bedre forløpstiden.</p> <p>Både i Helse Nord RHF og i helseforetakene er det stor oppmerksomhet på å bedre resultatene. Flere tiltak er iverksatt, og resultatene gjennomgås månedlig i fagsjefmøtene.</p> <p>Helse Nord RHF planlegger å kontakte Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, som har forløpstider på henholdsvis 72 og 76 prosent, for å dra lærdom av deres erfaringer.</p>			
21	<i>Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Kravet må ses i sammenheng med fjorårets krav om å etablere regionalt barnepalliativt team ved UNN; med ansvar for å veilede de lokale barneavdelingene og for helseregionenes kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon. Etablering av regionalt barnepalliativt team er forsinket, men den regionale prosjektgruppen skal levere rapport 1. oktober og teamet forventes etablert i 2021. Barneavdelingen ved Nordlandssykehuset er kommet i gang med å planlegge mer tilrettelagte tiltak som videokonsultasjoner og palliative forløp i samarbeid med kommunene.</p>			
22	<i>Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Helse Nord RHF vurderer at helseforetakene har etablerte tilbud som langt på vei oppfyller kravet. Behov for oppfølging blir kartlagt og avtalt gjennom samtale med kvinnene. UNN og Nordlandssykehuset har i tillegg avtale med Amatheia for oppfølging og samtaler for de som ønsker det. Helgelandssykehuset har rutiner for oppfølging ved gjentatte spontanaborter, men mangler rutiner for at alle kvinner som spontanaborterer følges opp av helsepersonell i sykehuset.</p>			

23	<p><i>Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.</i></p>	<p><i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i></p>	<p><i>Tertialrapporter og Årlig melding</i></p>
----	--	--	---

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Det er etablert et interregionalt samarbeid om etablering av Kontaktfamilieordning. Arbeidsgruppen har så langt avviklet to dialogmøter med representanter fra paraplyorganisasjonene FFO og SAFO, hvor målet har vært å få innspill til hvordan kontaktfamilieordningen kan organiseres i samarbeid med pasientorganisasjonene. Helse Nord RHF er kjent med at nevnte paraplyorganisasjoner har henvendt seg til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), der de redegjør for sitt syn på opprettelse av Kontaktfamilieordningen.

Videre arbeid forventes til svar fra HOD foreligger.

24	<p><i>Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsemyndighetene skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak.</i> • <i>Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.</i> 	<p><i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i></p>	<p><i>Tertialrapporter og Årlig melding</i></p>
----	--	--	---

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

En regional arbeidsgruppe har utarbeidet forslag til hvordan innføring og organisering av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide kan tilbys i Helse Nord. Forslaget ble lagt fram for fagsjefmøtet i februar 2021. I ettertid har Helsemyndighetene hatt flere leveranser som gir veiledning rundt organisering og implementering av tilbudet.

Ultralydmaskiner er under anskaffelse.

UNN har fått et regionalt ansvar for kompetansehevende tiltak i region. Ultralydjordmødre i region har i stor grad deltatt på etterutdanningskurs ved NTNU og har kompetansen på plass.

Helseforetakene melder imidlertid om usikkerhet rundt kompetansekrav for leger, og at dette har medført at opplæringen for leger er forsinket.

Helseforetakene har innfridd kravet i varierende grad. UNN vil kunne tilby tidlig ultralyd til gravide fra 35 års alder og NIPT fra 1.11.2021 og tidlig ultralyd til alle gravide fra 2022. De andre helseforetakene har ikke fastsatt dato for oppstart av tilbudet i 2021. Saken vil bli fulgt opp i fagsjefmøtene.

25	<i>Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
----	---	---	------------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Det er variasjon mellom helseforetakene i hvor stor grad de definerte "sterke anbefalingene" er oppfylt. Graden av oppfyllelse påvirkes av tilgjengelig kvalifisert personell til stillinger i traumeorganisasjonen, gjennomført kompetanseheving og hvor godt dette er dokumentert. Dette er områder alle helseforetakene har mulighet til å forbedre innen utgangen av året eller tidlig 2022.

26	<i>Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
----	---	---	------------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Helse Nord RHF har utarbeidet en fordelingsnøkkel for midler til tilsetting av tarmscreeningskoordinator, og øvrige nøkkelfunksjoner, for å understøtte implementering av tarmscreeningsprogrammet. Helseforetakene har fått informasjon om dette og er i prosess med ansettelse og kartlegging av behov. Innføringen av screeningsprogrammet er utsatt til mars 2023 i Helse Nord, og regionen ligger an til å være klare til oppstart innen den tid.

27	<i>I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Finnmarkssykehuset.</i>	<i>UNN</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
----	---	------------	------------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Kravet anses som oppfylt. Det er arrangert to kurs hittil i år.

28	<i>I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Helgelandssykehuset.</i>	<i>NLSH</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
----	--	-------------	------------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Kravet anses som oppfylt. Det er arrangert to kurs og ytterligere to er planlagt.

29	<i>Bidra med veiledning og kompetanse for å sikre sosialpediatriske tjenester til Statens barnehus i Mosjøen.</i>	<i>NLSH</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
----	---	-------------	------------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Det er utfordringer knyttet personalressurser for å sikre disse undersøkelsene. Vi har pågående dialog med NLSH og Statens Barnehus om dette.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

30	<i>Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	---	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Tekniske vansker har forsinket levering av forløpsmelding til NPR. Dette er nå i orden og kravet kan rapporteres korrekt på fra neste tertial.

31	<i>Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	---	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Tekniske vansker har forsinket levering av forløpsmelding til NPR. Dette er nå i orden og kravet kan rapporteres korrekt på fra neste tertial.

32	<i>Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	--	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Tekniske vansker har forsinket levering av forløpsmelding til NPR. Dette er nå i orden og kravet kan rapporteres korrekt på fra neste tertial.

33	<i>Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
----	--	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Måloppnåelsen på kravet er svak og kun Nordlandssykehuset oppfyller kravet.

34	<i>Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
----	--	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Universitetssykehuset Nord-Norge har en reduksjon på 20 personer og når målet. Nordlandssykehuset har ikke levert data grunnet overgang til Dips Arena.

36	<i>Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
----	---	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Nettverket er under etablering og blir etablert i løpet av 2021.

37	<i>Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>2. tertial og Årlig melding</i>
----	--	---	--

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Det er et pågående arbeid for å styrke tilbudet, og arbeidet fullføres i løpet av året.

38	<i>Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019 – 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> RVTS Nord koordinerer det regionale nettverket for innsatspersonell i Helse Nord. Første møte avholdes innen utgangen av året.			

39	<i>I tråd med Opptappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Det er tildelt midler til helseforetakene og kompetansehevingstiltak er i gang.			

40	<i>I 2021 etablere et regionalt behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, etter modell utarbeidet av Helsedirektoratet. Behandlingstilbudet utarbeides i samarbeid med Helsedirektoratet, SIFER, SANKS og de øvrige regionale helseforetakene. Tilbudet skal tilpasses behovene i den samiske befolkningen.</i>	UNN	2. tertial og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Tilbudet er etablert i Helse Nord.			

Samhandling med leverandører av private helsetjenester

41	<i>Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Antall samarbeidsavtaler.</i> • <i>Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.</i> 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
----	---	-------------------------------	-----------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Oversikt over avtalehjemler pr. foretak og inngåtte samarbeidsavtaler

	Antall avtalespes	Inngåtte avtaler	Andel
<i>Finnmarkssykehuset</i>	7	5	71 %
<i>UNN</i>	41	39	95 %
<i>Nordlandssykehuset</i>	29	2	7 %
<i>Helgelandssykehuset</i>	6	5	83 %
<i>Totalt</i>	83	52	62,5 %

UNN har inngått avtale med 39 avtalespesialister som er lokalisert på 6 ulike steder. 26 i Tromsø, 4 i Harstad, 4 i Narvik, 3 på Finnsnes, 1 på Bardufoss og 1 på Skjervøy/Storslett.

Avtalene dekker 8 fagområder. Gynekologi 3 avtaler, indremedisin 5 avtaler, urologi 1 avtale, øyelege 7 avtaler, øre-, nese-, hals 3 avtaler, revmatolog 1 avtale, psykiater 5 avtaler og psykolog 15 avtaler. Samarbeide knytter seg reduksjon av ventelister og til definerte pasientgrupper som kan utredes, behandles, eller kontrolleres poliklinisk i avtalespesialistens praksis. UNN vurderer avtalespesialistene som viktig i det å mestre etterslepet etter pandemien. Det planlegges for et tettere samarbeid med avtalespesialistene og ventetider og fristbrudd, men utfordringen er at timebøkene til avtalespesialistene også er fulle.

Nordlandssykehuset har 29 avtalespesialister i sitt nedslagsfelt. Helseforetaket rapporterer å ha inngått en avtale innen somatikk og en i psykisk helsevern. Avtaleforslag er sendt ut til en avtalespesialist innen somatikk og en innen psykisk helsevern og helseforetaket venter på svar.

Helgelandssykehuset rapporterer å ha inngått 5 samarbeidsavtaler med hovedvekt på å utnytte den totale kapasiteten og redusere ventetidene til pasientene. Det er foreløpig ikke gjennomført oppfølgingsmøter med noen av avtalespesialistene.

Finnmarkssykehuset har inngått samarbeidsavtale med 5 av 7 avtalespesialister. en er vakant i tillegg til at en ikke har godtatt det utsendte avtaleforslaget. Helseforetaket rapporterer at det er lite samarbeid rundt ventetider/fristbrudd med avtalespesialistene, ettersom deres utfordringer i størst grad er på andre fagområder enn avtalespesialistene jobber i.

42	<i>Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.</i>	<i>FIN, UNN, NLSH, HSYK</i>	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>UNN har inngått avtale med to private sykehus i Tromsø for å øke dagkirurgisk kapasitet slik at de kan operere det etterslepet av inngrep som har oppstått i forbindelse med utbruddet av covid-19. Dette inkluderer fagområder innen plastikkirurgi, ortopedi, nevrokirurgi og øre-nese-hals. Avtalen inkluderer leie av anestesi og operasjonsressurser, mens UNN bidrar med kirurg.</p> <p>Ingen av de øvrige helseforetakene rapporterer om samhandling med private leverandører.</p> <p>Helse Nord RHF har et stort og bredt utvalg av avtaler med private tjenesteleverandører for å ivareta vårt «sørge-for»-ansvar. Alle anskaffelsene er gjort i tett dialog med våre helseforetak og vi har i tertial-2 inngått en rekke tilleggsavtaler for å adressere utfordrende ventetider og fristbrudd. Utnyttelsen av avtalene fra HF-ene sin side er imidlertid en utfordring. Ved utgangen av juli var vel 80% av rammene inklusive tilleggskjøp ubenyttet.</p> <p>Helse Nord RHF ser med bekymring at så mye ledig kapasitet er tilgjengelig samtidig som ventelister og fristbrudd er svært høye sammenlignet med andre regioner. Helseforetakene er på ledernivå gjort oppmerksom på situasjonen og bedt om å iverksette tiltak for å utnytte den ledige kapasiteten hos de private leverandørene.</p>			

Kvalitet i pasientbehandlingen

43	Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Det vurderes fortsatt å være et forbedringspotensial knyttet til å spre kunnskap og læring internt i klinikkene og i foretakene, men samtlige foretak rapporter å ha satt meldekultur på dagsorden. Det er iverksatt flere tiltak for å styrke meldekulturen og for å lære av uønskede hendelser. Alle foretak i Helse Nord bidrar aktivt i arbeidet med utlysning av konkurranse for anskaffelse av kvalitetssystem, hvor det det bl.a. stilles krav om bedre systemstøtte for melding og saksbehandling og mulighet for læring av uønskede hendelser og avvik.</p>			
44	Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet med å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler er planlagt ferdigstilt innen utgangen av året. UNN leder arbeidet i henhold til oppdrag og regional legemiddelkomite er styringsgruppe. Helse Nord RHF vurderer fremdriftsplanen som realistisk og forventer at arbeidet ferdigstilles som planlagt.</p>			
45	Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Foretakenes rapporter bekrefter at egne styrer blir orientert om status på §3-3a-varsler sendt til Helsetilsynet. Foretakene har oversendt orienteringer, gitt til eget styre, til Helse Nord RHF.</p>			
46	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspekret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Kvalitetsindikatoren er sist oppdatert med data fra 1. tertial 2021, og viser at Helse Nord har hatt en nedgang på 27,5 prosent, fra 17,1 definerte døgndoser (DDD)/100 liggedøgn (ld) til 12,4 DDD/100 ld. Helse Nord ligger lavest i landet.</p> <p>Helseforetakene hadde ulikt utgangspunkt i 2012, og det er variasjon i hvor stor reduksjonen er ved utgangen av 1. tertial 2021. Størst reduksjon har Finnmarkssykehuset med 46 prosent. UNN har lavere reduksjon med 17,9 prosent, men hadde lav inngangsverdi i 2012, og er fortsatt blant helseforetak i landet med lavest forbruk. Nordlandssykehuset hadde høyt forbruk i 2012, men har</p>			

redusert forbruket med 35,6 prosent. Helgelandssykehuset har en reduksjon på 16,6 prosent. Helgelandssykehuset hadde en økning mot slutten av 2020 pga. økt innkjøp av antibiotika som følge av leverandørskifte.

Forbruket måles ut fra innkjøpte døgndoser, og ikke reelt forbruk. Økt innkjøp av antibiotika pga. beredskap og færre liggedøgn som følge av pandemien kan ha påvirket resultatet i 2020 og 2021, ikke bare for Helgelandssykehuset, men også de øvrige.

Helse Nord RHF's vurdering er at helseforetakene jobber godt med tiltak for å redusere forbruket av bredspektret antibiotika. Opplæring, antibiotikavisitter, funksjonelle A-team og rutiner for revurdering av antibiotika etter 48-72 timer er sentrale tiltak som er etablert, og disse må videreføres for å opprettholde lavt forbruk.

Kvalitetsutvikling

51	Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges.	Alle	2. tertial
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Foretakene har gjennomført og styrebehandlet ledelsens gjennomgang for 2020 innen fristen. Status for eksterne revisjoner og tilsyn foreligger i ledelsens gjennomgang. Helse Nord RHF vurderer måloppnåelsen som god og i henhold med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren.</p>			

Samhandling med primærhelsetjenesten

63	Etablere helsefellesskapene sammen med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> UNN etablerte helsefellesskapet med partnerskapsmøte i april. Nordlandssykehuset etablerte helsefellesskapet med partnerskapsmøte i september. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset er i gang med planleggingen og vil etablere helsefellesskapene primo 2022.</p> <p>Kommunale sekretariatsressurser er ikke etablert. I Troms og Ofoten helsefellesskap er stillingen lyst ut.</p> <p>Arbeidet med planlegging og etablering har skjedd i tråd med rammeavtalen mellom KS og Regjeringen.</p> <p>Etableringen har tatt for lang tid. Hovedårsakene til forsinkelsen er nødvendigheten av å gjennomføre prosesser som sikrer kommunal forankring og pandemien. Etablering av kommunale sekretariatsressurser er avgjørende for å sikre en likeverdig situasjon i utvikling og drift av helsefellesskapene. Hovedutfordringen med at etableringen har tatt så lang tid er manglende evne til sammen å planlegge helsetjenestetilbudet til de fire pasientgruppene.</p>			

64	<i>Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Helseforetakene har i begrenset grad iverksatt oppdraget om å styrke tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene gjennom felles planlegging og aktive samhandlingstiltak i samarbeid med kommunene. UNN er kommet lengst i arbeidet gjennom satsingen på pasientsentrerte helsetjenesteteteam, PSHT. Årsakene er delvis pandemien, og at arbeidet med å etablere helsefellesskapene har tatt lenger tid enn forutsatt. Siden halvparten av planperioden for NHSP nå snart er tilbakelagt, vil det derfor være nødvendig med intensivert innsats på dette feltet i den resterende del av planperioden.</p>			

Bemanning og kompetanse

Tilstrekkelig kvalifisert personell

68	Lage handlingsplan med målsetting å redusere ufrivillig deltid blant yrkesgrupper som har gjennomsnittlig stillingsprosent lavere enn 75 prosent, innen 1. juni 2021.	Alle	2. tertial
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset har kommet godt i gang med arbeidet og har laget handlingsplaner for å følge opp aktuelle yrkesgrupper. Helgelandssykehuset er i starten av arbeidet med å lage handlingsplan. UNN har ikke påbegynt arbeidet med handlingsplan grunnet Covid-19. Målet er vurdert til ikke å være innfridd.			

Utdanning av legespesialister

73	Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UAO.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Alle sykehusforetak har utarbeidet funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) Nordlandssykehuset har oppnevnt UAO for alle fagområder, bortsett fra ett. Nordlandssykehuset har også etablert et nettverk bestående av alle UAO, ledet av faglig LIS-kordinator ved foretaket. De øvrige sykehusforetakene har pågående rekrutteringsprosesser og det vil kreve ekstra innsats framover mot årsskiftet for at alle foretak får oppnevnt UAO i alle fagområder innen 31.12.2021. Målet er vurdert til ikke å være innfridd per 2. tertial.			

74	Sikre at LIS-enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodulen, og at data er oppdatert per 1.mars og 1.september.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Foretakene orienterer om at de systematisk registrerer status knyttet til framdriften i utdanningsløpene for den enkelte LIS. Det er ikke innarbeidet at data skal være oppdatert 1. mars og 1. september ved alle foretak/klinikker. Målet er vurdert til ikke å være innfridd.			

Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

Anskaffelsesområdet

87	Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstys- og produktporteføljen.	Alle	Tertialrapporter
----	--	------	------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Foretakene jobber aktivt med dette, men særlig for sykehusforetakene som har hele spekteret av kategorier og således en mer kompleks interessentstruktur, er dette en betydelig oppgave. En del vil adresseres gjennom prosjekt innkjøp 2023, særlig i forhold til foretaksovergrepene samhandling, men det gjenstår ennå en god del lokalt i forhold til kartleggingen av egne interessenter som var oppdrag i 2020.

Gjennom etablering av en regional styringsmodell for innkjøp vil disse leveransene fremtvinge seg prosjekt for prosjekt, men det vil fremdeles ligge betydelig ansvar for å pådrive samordning og standardisering hos det enkelte foretak, noe som må følges opp i de kommende år.

88	Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.	Alle	Tertialrapporter
----	---	------	------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

HN IKT og SANO, som begge har et mer tydelig begrenset ansvarsområde (kategori IKT og kategori legemidler) synes å ha gode rutiner for avtaleoppfølging med fokus på gevinstrealisering. For sykehusforetakene står det mye på å ha tilgang til god styringsinformasjon. Dette er et av hovedleveransene til prosjekt innkjøp 2023 og gjennom styrkingen som er gjort i REFIL er forutsetningene for å profesjonalisere denne delen av avtaleoppfølgingen betraktelig bedret. Men dette fordrer også at de enkelte foretak i de videre legger til rette for at felles forvaltning kommer på plass. Også dette må følges opp kommende år.

Teknologi

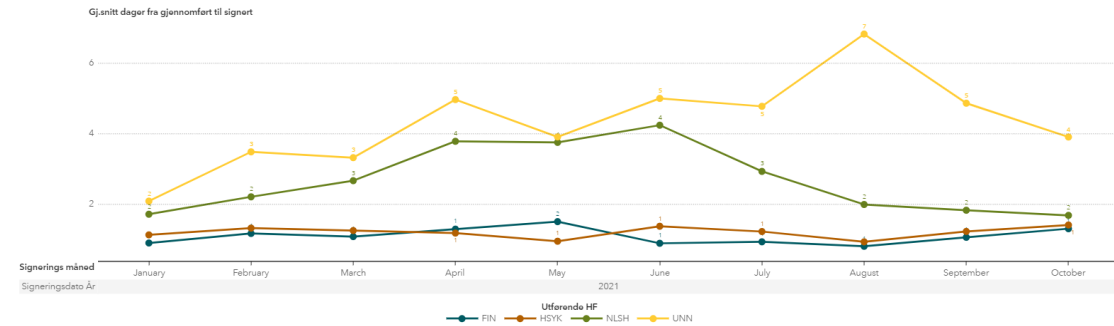
Informasjonssikkerhet

109	<p>Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:</p> <ul style="list-style-type: none">• status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet• resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner• oppsummering fra avviksrapportering• behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Alle helseforetak har styrebehandlet status for arbeidet med informasjonssikkerhet.</p> <p>I styresakene gir helseforetakene en overordnet beskrivelse av fremdrift for gjennomføring av lokal handlingsplan. Samtlige helseforetak trekker frem at kapasitet, kompetanse og ressurser er en utfordring.</p> <p>Helse Nord IKT har samarbeidet med sykehuspartner om en felles trusselvurdering for Helse Nord, og Helse Sør-Øst. Denne er i varierende grad innarbeidet i styresakene, noe som kan skyldes at trusselvurderingen ble for sent tilgjengelig, og mange av styresakene allerede var utformet.</p> <p>Sykehusforetakene og sykehusapotek Nord HF samarbeider om å gjennomføre en overordnet risikovurdering som skal kartlegge egen risikoprofil. Det gjennomføres mange risikovurderinger i helseforetakene og i HN IKT. HN IKT melder om at det på bakgrunn av identifisert utfordringsbilde er økende behov for å forbedre støtteverktøyene innen risikostyring.</p> <p>HelseCert gjennomførte en inntrengningstest i april 2021. Resultater fra testen viser en utvikling i positiv retning, men at det fortsatt er utfordringer og svakheter i grunnleggende tekniske sikkerhetstiltak som skal forebygge dataangrep.</p> <p>Alle helseforetakene omtaler antall registrerte avvik som lavt, og at det er rimelig å anta at det er underrapportering. Dette kan være fordi informasjonssikkerhetsavvik registreres i feil kategori, eller fordi hendelser ikke oppfattes som avvik.</p> <p>Gjennom samarbeid i regionalt fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS), oppdateres og etableres det nye prosedyrer i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Det er utarbeidet plan for oppdatering, som vil justeres og oppdateres som følge av behovene for oppdatering. Det er mindre forsinkelser i oppsatt plan. Selv om det kontinuerlig vil være behov for flere oppdateringer, vil det aller viktigste arbeidet være å håndtere identifiserte avvik, og sikre etterlevelse av styringssystemet.</p>			

Andre områder:

Svartider etter bildediagnostiske undersøkelser:

Totalt sett har det vært en positiv utvikling i gjennomsnittlig svartid for bildediagnostiske undersøkelser. Gjennomsnittlig svartid for helse foretaksgruppen er 3 dager for 2021. Fortsatt noen utfordringer ved UNN som har en gjennomsnittlig svartid på 7 dager i august. Vi ser en positiv utvikling for NLSH i 2. tertial.



Figur 5: Gjennomsnittlig svartid for bildediagnostiske undersøkelser (Kilde: HNLIS)

Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen:

Prioriterte områder med risiko for manglende måloppnåelse (Styresak 44-2020) blir regelmessig tatt opp i oppfølgingsmøtene med helseforetakene. Det er utviklet egen rapport i HNLIS for hoftebrudd operert innen 24t og 48t, som gir bedre forutsetninger for lokalt forbedringsarbeid. Foretakene har flere forbedringsinitiativer på flere av de aktuelle områdene.

Møtedato: 10-11. november 2021

Arkivnr.:
2021/999

Saksbeh/tlf:
Mietinen/47283081

Sted/Dato:
Bodø 3. november 2021

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

Formål

Formålet med å fremme saken for RBU er å orientere om mandat for Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF, invitere til innspill og oppnevne en representant til arbeidsgruppen.

Utarbeidelsen av strategi for intensivmedisin er forankret i likelydende oppdrag gitt til de regionale helseforetakene i oppdragsdokument for 2021 fra HOD:

Helse XX RHF skal utrede fremtidige behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Utredningen skal omfatte organisering, sammensetning av kompetanse, utforming og utstyrsnivå. Variasjoner i behov ved intensivheter skal ivaretas i utredningen. Relevante aktører herunder Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag om plan for tilstrekkelig tilgang til- og opprettelse av nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Intensivbehandling gis til pasienter med de mest komplekse sykdomsbilder, og involverer mange ulike fagområder. Det er et sårbart område spesielt med tanke på tilgang til intensivsykepleiere.

Formålet med strategien er at intensivpasienten skal ha tilgang til gode, likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn i Helse Nord.

I tillegg til oppdrag beskrevet i OD for 2021 er det besluttet at Handlingsplan for intensivmedisin fra 2008 har behov for revisjon. Strategi for intensivmedisin vil erstatte handlingsplan for intensivmedisin.

I foretaksmøtet 10. juni 2020 punkt 8.2.2 viste foretaksmøte til at Stortinget gjorde et anmodningsvedtak ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan som omhandlet intensiv virksomhet ved Finnmarksykehuset, Kirkenes. Anmodningsvedtaket ble fulgt opp gjennom et prosjektarbeid ledet av Helse Nord RHF, og fremlagt i styresak 154-2020 *Intensiv Finnmarkssykehuset – delutredning*. Utredningen skal inngå i strategi for intensivmedisin.

Strategien skal også ta inn i seg resultatene av pågående interregionalt arbeid initiert av fagdirektørene der definisjoner innenfor fagområdet tydeliggjøres.

Strategi for intensivmedisin er en delstrategien som skal være forankret i [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#), [Regional utviklingsplan i Helse Nord 2035](#) og [Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024](#)

Delstrategien skal kobles opp mot innsatsområdene i *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024* slik at disse kan kjennes igjen i delstrategien.

Strategi for intensivmedisin vil setter retning og rammer for fremtidige prioriteringer og påvirker dermed helseforetakenes egne utviklingsplaner på området.

Utkast til mandat har vært behandlet i fagsjefmøte 23.09.2021 og i ledergruppemøte 12.10.2021 Mandatet skal drøftes med konserntillitsvalgte 10.11.2021.

Nærmere informasjon om oppnevningen av brukerrepresentanten vil bli gitt i møtet.

Konklusjon

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

1. RBU tar mandat for Strategi for intensivmedisin i Helse Nord til orientering.
2. RBU har følgende innspill til mandatet:
 - a. ...
 - b. ...
3. RBU oppnevner NN som representant til arbeidsgruppen i arbeidet med Strategi for intensivmedisin i Helse Nord.

Bodø, den 3. november 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg:
Mandat for Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF
Kommunikasjonsplan
Interessentanalyse

Mandat for delstrategi - Strategi for intensivmedisin i Helse Nord

Oppdatert 19.10.2021

Prosjektnummer i Agresso:	Saksnummer i Elements:	
Behandlet dato: 13.09.2021 versjon 1.0	Behandlet av Randi Midtgård Spørck	Utarbeidet av: Bente Mietinen
Beslutning: 23.09.2021 Fagsjefmøte - gjennomgang og innspill versjon 2.0 12.10.2021 Ledermøte - innspill versjon 3.0 10.11.2021 Drøftingsmøte/samarbeidsmøte KTV/KVO 11.11.2021 Regionalt brukerutvalg 11.11.2021 Direktørmøte 24.11.2021 Styremøte Helse Nord RHF		
Bemanning av neste fase Prosjektleder: Bente Mietinen Andre: Anne Berit Sund		Ferdigstilles dato: Mai 2022
Signatur ved godkjenning: Geir Tollåli		

Innhold

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

1. Bakgrunn

I oppdragsdokumentet for 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er det gitt følgende likelydende oppdrag:

Helse XX RHF skal utrede fremtidige behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Utredningen skal omfatte organisering, sammensetning av kompetanse, utforming og utstyrsnivå. Variasjoner i behov ved intensivheter skal ivaretas i utredningen. Relevante aktører herunder Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag om plan for tilstrekkelig tilgang til- og opprettelse av nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere.

Handlingsplan for intensivmedisin i Helse Nord ble publisert i 2008. Handlingsplanen pekte blant annet på variasjon i fordeling av intensivsenger mellom helseforetakene. Handlingsplanen tok utgangspunkt i en 3-delt nivåinndeling, hvor sykehus definert på nivå 1 skulle videresende pasienter i eget helseforetak til nivå 2.

I foretaksmøtet 10. juni 2020 punkt 8.2.2 viste foretaksmøtet til at Stortinget gjorde et anmodningsvedtak ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan som omhandlet intensivvirksomhet ved Finnmarkssykehuset, Kirkenes. Anmodningsvedtaket ble fulgt opp gjennom et prosjektarbeid i Helse Nord, og fremlagt i styresak 154-2020 *Intensiv Finnmarkssykehuset - delutredning*.

I denne saken ble det også redegjort for at Helse Nord RHF planla å revidere *Handlingsplan for intensivmedisin* i løpet av 2021 og at *Intensiv Finnmarkssykehuset – delutredning* skal inngå i denne. Strategi for intensivmedisin utarbeidet av Helse Nord RHF vil erstatte *Handlingsplan for intensivmedisin* fra 2008.

Bemanning og kompetanse er spesielt sårbare områder innenfor det intensivmedisinske området. Over tid er det registret et stort behov for spesielt intensivsykepleiere. Samtidig er det stor mangel på sykepleiere og det vil ytterligere øke i tiden framover. Funn i Riksrevisjonens rapport *Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* bekrefter dette.¹

Intensivmedisin er ressurskrevende både med hensyn til personell og utstyr. Intensivbehandling gis til pasienter med de mest komplekse sykdomsbildene, og involverer mange ulike fagområder. Området stiller høye krav til tverrfaglig samarbeid i pasientbehandlingen og til organisering og ledelse av virksomheten.

Evalueringer og erfaringer fra pandemien i 2020-2021 har synliggjort hvor sårbare vi er i Nord- Norge. Avhengighet av vikarer har skapt store utfordringer for området

¹ Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene, Riksrevisjonen 2019

intensivmedisin. Behov for rask omstilling og økning i intensivkapasitet samt kohort isolering har også vist seg å være utfordrende for helsetjenesten.^{2 3}

Strategien må videre ta innover seg framskrivninger som viser endringer i helsetilstand hos befolkningen. Flere eldre og endret bosettingsmønster påvirker tjenestetilbudet. Median alder hos intensivpasienter vil øke. Funn i rapporten *Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv* løfter fram behovet for rehabilitering under og etter intensivmedisinsk behandling.⁴

Moderne intensivmedisin er avhengig av medisinteknisk utstyr. Tilgang til rett og tilstrekkelig medisinteknisk utstyr krever en langsiktig investeringsplan, lojalitet til innkjøpsavtalene og god involvering av klinikere.

Strategi for Helse Nord RHF *Sammen om helse i nord 2021-2024* viser hvilke strategiske grep Helse Nord RHF vil prioritere de neste årene. Dokumentet er overordnet og suppleres av delstrategier for spesifikke deler av virksomheten. Helse Nord RHF skal på bakgrunn av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeide en strategi for intensivmedisin som beskriver de strategiske grepene det regionale helseforetaket må ta for å nå målene innenfor fagområdet.

2. Formål med arbeidet

Formålet med en strategi for intensivmedisin er at intensivpasienten skal ha tilgang til gode, likeverdige helsetjenester i Helse Nord uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Strategien skal ivareta organisering, bærekraft og fornuftig utnyttelse av felles ressurser, samt behandling av pasienter på rett intensivnivå.

I styrets behandling av Regional utviklingsplan i styresak 158/2018 fremheves «(...)forventning om og nødvendigheten av et godt samarbeid mellom helseforetak og fagmiljø for å styrke tilbudet til pasientene og bruke ressursene på en måte som gagnar foretaksgruppen samlet.»

Verdien av samarbeid er også framhevet i Helse Nord RHF's visjon *Sammen om helse i nord*. Gjennom forankring i verdiene kvalitet, trygghet, respekt og lagspill skal Helse Nord RHF sørge for gode og likeverdige tjenester til intensivpasienten i Nord- Norge og på Svalbard.

² Helse Nord RHF og våre helseforetak Beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020 Evaluering - delrapport 2

³ Koronakommisjonens rapport om myndighetenes håndtering av koronapandemien, Helsedirektoratet 2021

⁴ Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv 30.12.2019.

3. Omfang, føringer og krav til gjennomføringen

Det skal utarbeides et forslag til en delstrategi som tar for seg området intensivmedisin. Strategien skal være gjeldende fra 2022 – 2025. Strategien vil bli gjenstand for administrativ gjennomgang hvert fjerde år.

Bruk av kvalitetsregistre som Norsk intensiv - og pandemi register og aktuelle publiseringer fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) skal benyttes i arbeidet for å belyse uønsket variasjon og får å få bedre oversikt over tilbudet til intensivpatienten i Helse Nord.

De særlige utfordringene den samiske befolkningen har i møte med helsetjenesten er beskrevet i *Spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen*, og skal ivaretas i strategien.⁵

Strategien skal kartlegge dagens kapasitet og situasjon, utfordringsbilde og fremtidige muligheter ved å belyse følgende områder:

- demografisk utvikling
- endringer i befolkningens helsetilstand som er relevant
- kompetanse og kompetansesammensetning
- organisering og utforming av pasienttilbud
- behov for medisinskteknisk utstyr
- karlegging av bemanning og framskrivning av behov
- samhandling internt i HF-ene og mellom HF-ene i vår region
- ikke medisinsk begrunnet variasjon i pasienttilbudet
- innovasjon – ny teknologi som har konsekvenser for fremtidig tilbud
- eventuelle særegenheter i landsdelen

4. Avgrensning og avhengigheter

Helse Nord RHF skal følge opp anmodningsvedtak som ble vedtatt av Stortinget, jamfør revidert nasjonalbudsjett 2021 (Meld. St. 2 2020-2021):

Stortinget ber regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2022 legge frem en plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere i årene fremover. Planen skal inneholde forslag til ulike tiltak som bidrar til rekruttering og sikrer nok kompetente hender og hoder i helse- og omsorgstjenestene.

Strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK) i Helse Nord RHF er under utarbeidelse med leveranse våren 2022. Relevante tiltak fra PUK-strategien vil inngå i strategi for intensivmedisin.

⁵ Spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen, Strategidokument – juni 2020

Oppdrag som er relevant for intensivmedisin er beskrevet i flere styringsdokument fra Helse - og omsorgsdepartementet og er gitt i oppdrag i oppdragsdokument til de regionale helseforetakene i 2020 og 2021.

I 2019 utarbeidet en interregional arbeidsgruppe rapporten *Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv*. Mandat og oppdrag ble gitt av interregionalt fagdirektørmøte i 2018. Rapporten ble behandlet i interregionalt fagdirektørmøte januar 2020. Rapporten ble sendt på høring. I høringen ble det avdekket flere forhold som krever nasjonal oppmerksomhet.

Fagdirektørene i helseregionene har derfor tatt initiativ til et interregionalt arbeid som blant annet tydeliggjør definisjoner og vurderer formalisering av kompetanseområdet innenfor intensivmedisin. En regional strategi vil derfor bygge på en interregional utredning på noen områder. Utredningsarbeidet i Helse Nord vil også inngå i en nasjonal plan med tanke på kapasitet, funksjoner og fremtidig behov.

5. Krav til resultat

Strategi for intensivmedisin er en delstrategi for Helse Nord RHF som setter retning og rammer for fremtidige prioriteringer og påvirker dermed helseforetakenes egne utviklingsplaner på området.

Overordnet skal strategien bygge på følgende dokumenter:

- *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*
- *Regional utviklingsplan i Helse Nord 2035*
- *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*

Arbeidsgruppen skal levere et utkast til en delstrategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF som svarer på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. *Intensiv Finnmarkssykehuset – delutredning* skal inngå i strategien.

Prioriterte strategiske grep er beskrevet med fem innsatsområder i *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*. De fem innsatsområdene skal danne rammeverket for strategien:

1. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
2. Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandlingen
3. Vi forbedrer gjennom samarbeid
4. Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
5. Vi er forberedt

Ved behov for konkrete tiltak vil disse prioriteres og innarbeides i oppdragsdokument og i økonomisk langtidsplan.

Endelig forslag til strategi legges fram for administrerende direktør til godkjenning og som orienteringssak til styret for Helse Nord RHF.

6. Tidsramme og ressursbehov

Det er behov for prosjektdeltakere fra helseforetakene. Arbeidet ledes fra Helsefagavdelingen i Helse Nord RHF.

September 2021 - utarbeidelse av mandat

Oktober 2021 - godkjenning av mandat

November 2021 - etablere arbeidsgruppe

Desember 2021 - utredningsarbeid

Januar 2022 - utredningsarbeid

Februar 2022 - strukturering av innspill

Mars 2022 - utarbeide utkast

April 2021 - høring på utkast

Mai 2022 - forankre og beslutte

7. Finansiering

Reiseutgifter og lønn dekkes av de respektive helseforetakene og RHF. Helse Nord RHF dekker utgifter til lokaler og ekstern innleie.

Helse Nord RHF ivaretar sekretariat og administrative oppgaver.

8. Organisering og ansvar

Oppdragsgiver: Cecilie Daae, administrerende direktør i Helse Nord RHF

Prosjekteier: Geir Tollåli, fagdirektør i Helse Nord RHF

Styringsgruppe: Administrerende direktører i sykehusforetakene

Referansegruppe: Fagsjefer i helseforetakene

Arbeidsgruppe: Tverrfaglig sammensatt fra RHF-et og eksterne deltakere. Deltakere fra HF-ene vil bli oppnevnt. KTV/KVO og brukerrepresentant skal inngå i arbeidsgruppen.

Arena for forankring og innspill:

- Regionalt brukerutvalg
- Samarbeidsmøte KTV/KVO
- Ledergruppen
- Regionalt HR-sjef møte
- Regionalt økonomisjefsmøte

9. Kommunikasjon og interessentoppfølging

Det er utarbeidet en interessentanalyse og kommunikasjonsplan med mål om å sikre engasjement og involvering i utarbeidelsen av strategien. Det planlegges innspillsmøter med fagmiljøet i helseforetakene.

10. Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunikasjon og interessentanalyse.

Vedlegg 2: Styrende dokumenter og kunnskapsgrunnlag

Vedlegg 2: Styrende dokumenter og kunnskapsgrunnlag

Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Regional utviklingsplan 2035

<https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Regional%20utviklingsplan%202035%20Helse%20Nord.pdf>

Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024

<https://helse-nord.no/strategi-for-helse-nord-rhf-2021-2024>

Handlingsplan for intensivmedisin [https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Handlingsplan intensivmedisin 31012008.pdf](https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Handlingsplan%20intensivmedisin%2031012008.pdf)

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. juni 2020

<https://www.regjeringen.no/contentassets/e55bd3bd515143f69b77308781869b65/protokoll-foretaksmote-10.-juni-2020-helse-nord-rhf.pdf>

Styresak 154-2020 Intensiv Finnmarkssykehuset Kirkenes – Delutredning

<https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202020/20201125/Styresak%20154-2020%20Intensiv%20Finnmarkssykehuset%20Kirkenes%20-%20Delutredning.pdf>

Oppdragsdokument Helse Nord RHF 2021 <https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument%202021%20fra%20Helse-og%20omsorgsdepartementet%20til%20Helse%20Nord%20RHF.pdf>

<https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument%202021%20fra%20Helse-og%20omsorgsdepartementet%20til%20Helse%20Nord%20RHF.pdf>

Spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen

<https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Samiske%20helsetjenester/Strategi%20Spesialisthelsetjenester%20til%20den%20samiske%20befolkningen%20-%20bokm%C3%A5l.pdf>

Norsk intensiv og pandemiregister

<https://www.kvalitetsregistre.no/register/skade-og-intensiv/norsk-intensiv-og-pandemiregister>

Helse Nord RHF og våre helseforetak Beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020 Evaluering - delrapport 2 <https://helse-nord.no/Documents/Korona2020/Evaluering/Beredskapsarbeid%20og%20h%C3%A5ndtering%20av%20covid-19-pandemien%202020%20i%20Helse%20Nord%20-%20delrapport%202.pdf>

Koronakommisjonens rapport om myndighetenes håndtering av koronapandemien <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/koronakommisjonens-rapport-om-myndighetenes-handtering-av-koronapandemien>

Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-bemanningsutfordringer-i-helseforetakene/>


Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv 2019 [https://khrono.no/files/2021/04/20/2021-02-10_Regional%20intensivutredning-Endelig%20utkast%2030-12-19%20\(1\).pdf](https://khrono.no/files/2021/04/20/2021-02-10_Regional%20intensivutredning-Endelig%20utkast%2030-12-19%20(1).pdf)

Oppsummering av hørings svar på rapport Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv 30.12.2019



Vedlegg 2 Nasjonal
intensivrapport- Op

Interessentanalyse

	
Referanse:	
Navn:	Strategi for intensivmedisin Helse Nord
Ansvarlig:	
Dokumentansvarlig:	
Dokumentversjon:	

Overordnet brukerveiledning

Denne malen er basert på Difis mal for interessentregister. I Helse Nord RHF velges informasjon om interessenten registreres i arkfane "Interessentanalyse". Den er de

Identifisering

Profil ID: Hver interessent får et unikt nummer i kolonnen "Profil ID".

Organisasjon/gruppe/enhet: Skriv inn interessentene.

Navn og linjerolle: Ønskes spesiell håndtering av enkeltpersoner innenfor en orga

Tilknytning/relasjon: Beskriv hvorfor dette er en interessent.

Analyse

Under analyse angis forventninger til arbeidet/prosjektet hos hver enkelt interesse eller makt de har mulighet til å utøve over arbeidet/prosjektet.

I arkfanen "Interessentmatrise" plottes interessentene automatisk i en grafisk mati

Kommunikasjonsplan

Basert på interessentanalysen skal det utarbeides en detaljert tiltaksplan for komr

Beskrivelse:
Dato for siste versjon:

r vi å kalle det "Interessentanalyse".

ølt inn i hovedgruppene identifisering og analyse.

anisasjon/gruppe/enhet benyttes denne kolonnen til å angi vedkommenes navn.

nt, i hvilken grad interessenten påvirkes av arbeidet/prosjektet, og hvilken grad av innflytelse

rise fremstilling, basert på analysen i arkfanen "interessentanalyse".

unikasjon i eget dokument (wordmal: Kommunikationsplan).

Veiledning:

Er det
enkeltpersoner/forum/
annet innenfor
organisasjonen/
enheten/gruppen? (Ikke
alltid nødvendig å bruke
denne kolonna.)

	IDENTIFISERING	
Profil ID	Organisasjon/ Enhet/Gruppe	Navn og linjerolle
P1	Styret Helse Nord RHF	
P2	Ledergruppen Helse Nord RHF	
P3	Sykehusforetaksdirektørene	
P4	Fagsjefene i sykehusforetakene	
P5	HR-sjefene i sykehusforetakene	
P6	Økonomisjefene i sykehusforetakene	
P7	KTV og KVO	
P8	Regionalt brukerutvalg	
P9	HOD	
P10	Helsedirektoratet	
P11	Statsforvalterne	
P12	Fylkeskommunene	
P13	Fagmiljøet	
P14		
P15		
P16		
P17		
P18		
P19		
P20		
P21		
P22		
P23		
P24		
P25		
P26		
P27		
P28		

P29		
P30		
P31		
P32		
P33		
P34		
P35		
P36		
P37		
P38		
P39		
P40		
P41		
P42		
P43		
P44		
P45		
P46		
P47		
P48		
P49		
P50		
P51		
P52		
P53		
P54		
P55		
P56		
P57		
P58		
P59		
P60		
P61		
P62		
P63		
P64		
P65		
P66		
P67		
P68		
P69		
P70		
P71		
P72		
P73		
P74		
P75		

P76		
P77		
P78		
P79		
P80		
P81		
P82		
P83		
P84		
P85		
P86		
P87		
P88		
P89		
P90		
P91		
P92		
P93		
P94		
P95		
P96		
P97		
P98		
P99		
P100		

Stå i cella og velg fra nedtrekksmeny	Beskriv hvorfor dette er en interessant.
---------------------------------------	--

ISERING

Hovedkategori (type interessant)	Tilknytning/relasjon
Virksomhetsledelse	Orienteres om strategien
Virksomhetsledelse	Vedtar strategien
Virksomhetsledelse	Styringsgruppe
Virksomhetsledelse	Referansegruppe
Virksomhetsledelse	Utdanning, rekruttering og stabilisering
Virksomhetsledelse	Prioritering budsjett
Bruker	Representerer ansatte
Bruker	Representerer brukerne
Premissgiver	Eier
Premissgiver	Faginstans
Andre interessenter	Tilsynsmyndighet
Andre interessenter	Samhandling
Bruker	Utøver

<p>Stå i cella og velg fra nedtrekksmeny</p>	<p>Velg et tall mellom 1 og 4, der 1 = ingen, 2 = liten, 3 = middels, 4 = stor</p>
--	--

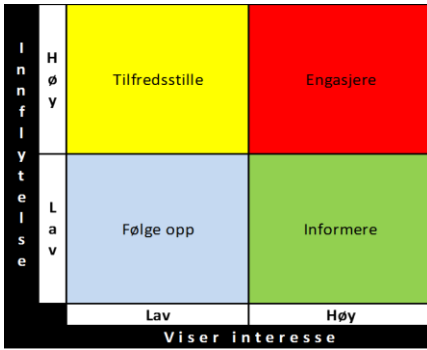
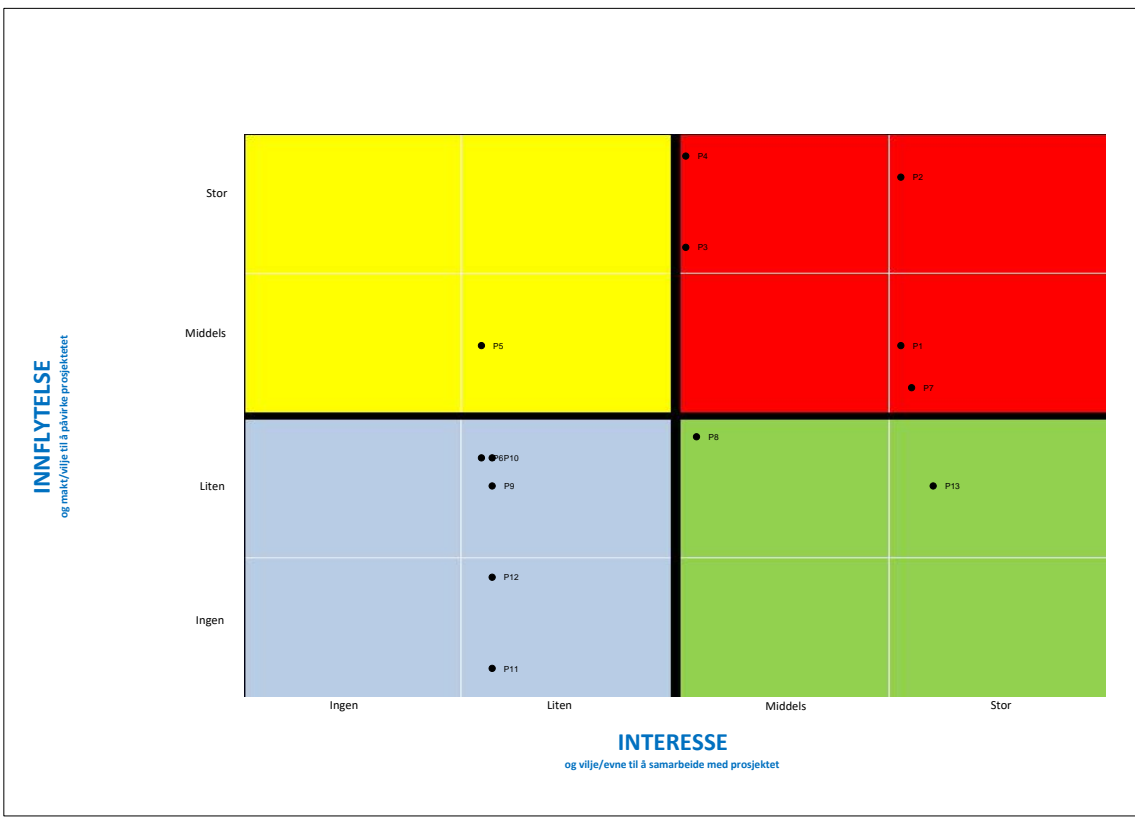
ANALYSE	
Forventning og holdning	Interesse og vilje/evne til samarbeid
Støttende	4
Støttende	4
Vekslende	3
Vekslende	3
Nøytral	2
Nøytral	2
Vekslende	4
Støttende	3
Nøytral	2
Nøytral	2
Nøytral	2
Nøytral	2
Vekslende	4

Velg et tall mellom 1 og 4,
der 1 = ingen, 2 = liten, 3 =
middels, 4 = stor

Innflytelse og makt/vilje til påvirkning
3
4
4
4
3
2
3
2
2
2
1
1
2

Interessentmatrise

	Organisasjon/Enhet/Gruppe	Innflytelse	Interesse	Interessentnivå
P1	Styret Helse Nord RHF	3	4	Engasjerte
P2	Ledergruppen Helse Nord RHF	4	4	Engasjerte
P3	Sykehusforetaksdirektorene	4	3	Engasjerte
P4	Fagspjefene i sykehusforetakene	4	3	Engasjerte
P5	HR-sjefene i sykehusforetakene	3	2	Tilfredsstilte
P6	Operasjonssjefene i sykehusforetakene	2	2	Følge opp
P7	KTV og KVO	3	4	Engasjerte
P8	Regionalt brukerutvalg	2	3	Informere
P9	HOD	2	2	Følge opp
P10	Helseledelse	2	2	Følge opp
P11	Stadsforvalterne	1	2	Følge opp
P12	Fylkeskommunene	1	2	Følge opp
P13	Fagmiljøet	2	4	Informere
P14	-	-	-	-
P15	-	-	-	-
P16	-	-	-	-
P17	-	-	-	-
P18	-	-	-	-
P19	-	-	-	-
P20	-	-	-	-
P21	-	-	-	-
P22	-	-	-	-
P23	-	-	-	-
P24	-	-	-	-
P25	-	-	-	-
P26	-	-	-	-
P27	-	-	-	-
P28	-	-	-	-
P29	-	-	-	-
P30	-	-	-	-
P31	-	-	-	-
P32	-	-	-	-
P33	-	-	-	-
P34	-	-	-	-
P35	-	-	-	-
P36	-	-	-	-
P37	-	-	-	-
P38	-	-	-	-
P39	-	-	-	-
P40	-	-	-	-
P41	-	-	-	-
P42	-	-	-	-
P43	-	-	-	-
P44	-	-	-	-
P45	-	-	-	-
P46	-	-	-	-
P47	-	-	-	-
P48	-	-	-	-
P49	-	-	-	-
P50	-	-	-	-
P51	-	-	-	-
P52	-	-	-	-
P53	-	-	-	-
P54	-	-	-	-
P55	-	-	-	-
P56	-	-	-	-
P57	-	-	-	-
P58	-	-	-	-
P59	-	-	-	-
P60	-	-	-	-
P61	-	-	-	-
P62	-	-	-	-
P63	-	-	-	-
P64	-	-	-	-
P65	-	-	-	-
P66	-	-	-	-
P67	-	-	-	-
P68	-	-	-	-
P69	-	-	-	-
P70	-	-	-	-
P71	-	-	-	-
P72	-	-	-	-
P73	-	-	-	-
P74	-	-	-	-
P75	-	-	-	-
P76	-	-	-	-
P77	-	-	-	-
P78	-	-	-	-
P79	-	-	-	-
P80	-	-	-	-
P81	-	-	-	-
P82	-	-	-	-
P83	-	-	-	-
P84	-	-	-	-
P85	-	-	-	-
P86	-	-	-	-
P87	-	-	-	-
P88	-	-	-	-
P89	-	-	-	-
P90	-	-	-	-
P91	-	-	-	-
P92	-	-	-	-
P93	-	-	-	-
P94	-	-	-	-
P95	-	-	-	-
P96	-	-	-	-
P97	-	-	-	-
P98	-	-	-	-
P99	-	-	-	-
P100	-	-	-	-



Veiledning

Følge opp Dette er personer, grupper, virksomheter som man kun skal følge opp ved behov, ikke bruke mye ressurser på når det gjelder kommunikasjon og involvering

Informere Interessenter som er interessert, men har lite innflytelse. Da dette er interessenter som kan ha nyttig informasjon bør de holdes informert.

Tilfredsstilte Interessenter med stor innflytelse, men liten interesse av å bruke den. Disse er det viktig å opprette dialog med for å avklare, og justere, eventuelle forventinger

Engasjerte Interessenter som både har stor innflytelse og stor interesse av å bruke denne. Disse er det viktig å engasjere i arbeidet og tilfredsstilte.

Støttende	Ingen	Virksomhetsledelse
Nøytral	Liten	Bruker
Vekslende	Middels	Leverandør
Kritisk	Stor	Premissgiver
		Andre interessenter

Interesse

0,5 = Ingen
1,5 = Liten
2,5 = Middels
3,5 = Stor

Innflytelse

	0,5	1,5	2,5	3,5
0,5	Følge opp	Følge opp	Informere	Informere
1,5	Følge opp	Følge opp	Informere	Informere
2,5	Tilfredsstill	Tilfredsstill	Engasjere	Engasjere
3,5	Tilfredsstill	Tilfredsstill	Engasjere	Engasjere

	X-forskyv konsekv	Y-forskyv Sanns
P1	3,05	2,50
P2	3,05	3,70
P3	2,05	3,20
P4	2,05	3,85
P5	1,10	2,50
P6	1,10	1,70
P7	3,10	2,20
P8	2,10	1,85
P9	1,15	1,50
P10	1,15	1,70
P11	1,15	0,20
P12	1,15	0,85
P13	3,20	1,50
P14	-0,80	-0,30
P15	-0,80	-0,80
P16	-0,80	-0,15
P17	-0,75	-0,50
P18	-0,75	-0,30
P19	-0,75	-0,80
P20	-0,75	-0,15
P21	-0,70	-0,50
P22	-0,70	-0,30
P23	-0,70	-0,80
P24	-0,70	-0,15
P25	-0,65	-0,50
P26	-0,65	-0,30
P27	-0,65	-0,80
P28	-0,65	-0,15
P29	-0,60	-0,50
P30	-0,60	-0,30
P31	-0,60	-0,80
P32	-0,60	-0,15
P33	-0,55	-0,50
P34	-0,55	-0,30
P35	-0,55	-0,80
P36	-0,55	-0,15
P37	-0,50	-0,50
P38	-0,50	-0,30
P39	-0,50	-0,80
P40	-0,50	-0,15

-0,5 -0,5

X-forskyv	Y-forskyv
-----------	-----------

-0,95	-0,50	-0,95
-0,95	-0,30	-0,95
-0,95	-0,80	-0,95
-0,95	-0,15	-0,95
-0,90	-0,50	-0,90
-0,90	-0,30	-0,90
-0,90	-0,80	-0,90
-0,90	-0,15	-0,90
-0,85	-0,50	-0,85
-0,85	-0,30	-0,85
-0,85	-0,80	-0,85
-0,85	-0,15	-0,85
-0,80	-0,50	-0,80
-0,80	-0,30	-0,80
-0,80	-0,80	-0,80
-0,80	-0,15	-0,80
-0,75	-0,50	-0,75

P41	-0,45	-0,50	-0,75	-0,30	-0,75
P42	-0,45	-0,30	-0,75	-0,80	-0,75
P43	-0,45	-0,80	-0,75	-0,15	-0,75
P44	-0,45	-0,15	-0,70	-0,50	-0,70
P45	-0,40	-0,50	-0,70	-0,30	-0,70
P46	-0,40	-0,30	-0,70	-0,80	-0,70
P47	-0,40	-0,80	-0,70	-0,15	-0,70
P48	-0,40	-0,15	-0,65	-0,50	-0,65
P49	-0,35	-0,50	-0,65	-0,30	-0,65
P50	-0,35	-0,30	-0,65	-0,80	-0,65
P51	-0,35	-0,80	-0,65	-0,15	-0,65
P52	-0,35	-0,15	-0,60	-0,50	-0,60
P53	-0,30	-0,50	-0,60	-0,30	-0,60
P54	-0,30	-0,30	-0,60	-0,80	-0,60
P55	-0,30	-0,80	-0,60	-0,15	-0,60
P56	-0,30	-0,15	-0,55	-0,50	-0,55
P57	-0,25	-0,50	-0,55	-0,30	-0,55
P58	-0,25	-0,30	-0,55	-0,80	-0,55
P59	-0,25	-0,80	-0,55	-0,15	-0,55
P60	-0,25	-0,15	-0,50	-0,50	-0,50
P61	-0,20	-0,50	-0,50	-0,30	-0,50
P62	-0,20	-0,30	-0,50	-0,80	-0,50
P63	-0,20	-0,80	-0,50	-0,15	-0,50
P64	-0,20	-0,15	-0,45	-0,50	-0,45
P65	-0,15	-0,50	-0,45	-0,30	-0,45
P66	-0,15	-0,30	-0,45	-0,80	-0,45
P67	-0,15	-0,80	-0,45	-0,15	-0,45
P68	-0,15	-0,15	-0,40	-0,50	-0,40
P69	-0,10	-0,50	-0,40	-0,30	-0,40
P70	-0,10	-0,30	-0,40	-0,80	-0,40
P71	-0,10	-0,80	-0,40	-0,15	-0,40
P72	-0,10	-0,15	-0,35	-0,50	-0,35
			-0,35	-0,30	-0,35
			-0,35	-0,80	-0,35
			-0,35	-0,15	-0,35
			-0,30	-0,50	-0,30
			-0,30	-0,30	-0,30
			-0,30	-0,80	-0,30
			-0,30	-0,15	-0,30
			-0,25	-0,50	-0,25
			-0,25	-0,30	-0,25
			-0,25	-0,80	-0,25
			-0,25	-0,15	-0,25
			-0,20	-0,50	-0,20
			-0,20	-0,30	-0,20
			-0,20	-0,80	-0,20
			-0,20	-0,15	-0,20
			-0,15	-0,50	-0,15
			-0,15	-0,30	-0,15
			-0,15	-0,80	-0,15
			-0,15	-0,15	-0,15
			-0,10	-0,50	-0,10
			-0,10	-0,30	-0,10
			-0,10	-0,80	-0,10
			-0,10	-0,15	-0,10

-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50

-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15
-0,50
-0,30
-0,80
-0,15

Kommunikasjonsplan

Strategi for intensivmedisin i Helse Nord

Sist oppdatert: 26.10.2021

1 Innledning

Denne kommunikasjonsplanen er utarbeidet for arbeidet med Strategi for intensivmedisin i Helse Nord.

Kommunikasjonsplanen er basert på utført interessentanalyse. Formålet med kommunikasjonstiltakene er å engasjere, tilfredsstillere, informere og følge opp interessentene, slik at prosjektet oppnår aksept og forståelse for prosjektets mål og resultat.

Interessentanalysen legger grunnlaget for prosjektets kommunikasjonsvirksomhet. Formålet med en interessentanalyse er å kartlegge hvem som har interesse av prosjektets arbeid, og på hvilken måte disse interessentene kan ivaretas i prosjektperioden.

2 Effektene av prosjektet/arbeidet

Formålet med å utarbeide en strategi for intensivmedisin er at intensivpasienten skal ha tilgang til gode, likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn i Helse Nord. Strategien skal ivareta organisering, bærekraft og fornuftig utnyttelse av felles ressurser, samt behandling av pasienter på rett intensivnivå.

3 Ordliste/forkortelser

Interessent: En interessent defineres om en person, gruppe personer eller virksomhet som blir eller kan bli berørt, eller på annen måte har interesser i resultatet av arbeidet.

FIN	Finnmarkssykehuset
HF	Helseforetak
HSYK	Helgelandssykehuset
NLSH	Nordlandssykehuset
RHF	Regionalt helseforetak
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
RBU	Regionalt brukerutvalg
KTV	Konserntillitsvalgt
KVO	Konsernverneombud

4 Tiltaksplan for kommunikasjon

Informasjon har ingen effekt før den er nådd frem til og oppfattet av de interessentene vi ønsker å nå. Ofte ønsker vi endringer i holdninger og adferd. For å oppnå det, er det viktig å være bevisst på formen på budskapet og valg av kanal.

4.1 Kanaler

Kanaler som kan brukes for å kommunisere:

- Linja
- Møter
- Fastlegenytt i HF-ene (FIN, UNN, NLSH, HSYK)
- E-post/brev
- Helse Nord nytt
- Internett
- Intranett

4.2 Kommunikasjonslinjer

Den viktigste kommunikasjonslinjen i prosjektet vil være ulike møtefora, der prosjektleder representerer prosjektet:

Styret i Helse Nord RHF (orienteres om mandat og endelig strategi)
 Ledergruppen Helse Nord RHF (beslutter mandat og endelig strategi)
 Styringsgruppen (sykehusdirektørene og representant fra KVO/KTV)
 Referansegruppen (fagsjefene)
 HR-sjefsmøte
 Økonomisjefsmøte
 KTV og KVO (drøftingsmøter mandat og strategi)
 RBU
 Innspillmøter med fagmiljøet

Etter at endelig strategi er vedtatt orienteres det på nettsidene til Helse Nord RHF og underliggende HF.

4.3 Kommunikasjonsprinsipper

Det viktigste kommunikasjonsprinsippet er at det gjøres aktive kommunikasjonstiltak rettet mot de interessentene som er merket rødt, og som skal «engasjeres». Prosjektet tar initiativ til møter og kommunikasjonstiltak som er målrettet.

4.4 Budskap

RHF-et skal svare på oppdrag gitt i oppdragsoppdragsdokumentet for 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene:

Helse XX RHF skal utrede fremtidige behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Utredningen skal omfatte organisering, sammensetning av kompetanse, utforming og utstyrsnivå. Variasjoner i behov ved intensivenheter skal ivaretas i utredningen. Relevante aktører herunder Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag om plan for tilstrekkelig tilgang til- og opprettelse av nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere

Oppdraget svares ut gjennom utvikling av Strategi for intensivmedisin i Helse Nord.

4.5 Risikoer

Mulig risiko som må håndteres:

- Det kan være risiko for at strategien får lav legitimitet dersom ikke fagmiljøet opplever å få mulighet til å komme med innspill.
- Arbeidet grenser mot ulike andre oppdrag innenfor fagområde i RHF-et. Dette kan føre til risiko for manglende internkommunikasjon og koordinering.
- Det foregår et nasjonalt arbeid som setter standard for ulike definisjoner. Manglende avklaringer i det interregionale prosjektet kan føre til uklar kommunikasjon i arbeidet med strategien.
- Det er en risiko at mandatet og prosjektledelsen ikke har identifisert alle relevante utfordringer.

4.6 Tiltaksplan

Interessent	Tiltak	Kanal	Ansvar	Frist	OK
Styret Helse Nord RHF	Orienteres om mandat og videre prosess	Styremøtet	Adm.dir	24.11.21	
	Orienteres om ny strategi	Styremøtet		22.06.22	
Ledergruppen Helse Nord RHF	Orienteres om mandatet og videre prosess	Ledermøtet	Prosjektleder	12.10.21	X
	Orienteres om ny strategi	Ledermøtet			
Sykehusforetaksdirektørene - styringsgruppe	Medlemmer av styringsgruppen	Direktørmøte/Styringsgruppemøte	Prosjektleder	11.11.21	
	Gi tilslutning til mandat	Direktørmøte/Styringsgruppemøte		11.11.21	
	Saker opplyses i direktørmøte/styringsgruppemøte	Direktørmøte/Styringsgruppemøte			
	Beslutte endelig strategi	Direktørmøte/Styringsgruppemøte			
Fagsjefene - referansegruppe	Medlem av referansegruppen	Fagsjefmøte/Referansegruppemøte	Prosjektleder	23.9.21	X
	Saker opplyses i Fagsjefmøte/Referansegruppemøte	Fagsjefmøte/Referansegruppemøte	Prosjektleder	fortløpende	
KTV/KVO	Informere/drøfte	Drøftingsmøte	Prosjektleder	10.11.21	
	Medlem av styringsgruppe	Styringsgruppemøte			
	Medlem av arbeidsgruppe	Arbeidsgruppemøte			
	Drøftinger på utkast strategi	Drøftingsmøte		Mai 2022	

RBU	Orientering om mandat	RBU- møte	Prosjektleder	11.11.21	
	Medlem av arbeidsgruppen			11.11.21	
	Orientering om endelig strategi			08.06.22	
Fagmiljøet	Innspillsmøter	Møter med fagmiljøet	Prosjektleder		
HR-sjefene i sykehusforetakene	Orienteres om mandat og videre prosess	HR-sjefsmøte	Prosjektleder		
	Orienteres om endelig strategi ny strategi				
Økonomisjefene i sykehusforetakene	Orienteres om ny strategi	Økonomisjefsmøte			
Statsforvalterne	Orienteres i etterkant av endelig besluttet strategi	Faste møter med Statsforvalteren	Adm. dir.		
Fylkeskommunene	Orienteres i etterkant av endelig besluttet strategi	Faste møter med fylkeskommunene	Adm. dir		
Helsedirektoratet	Orienteres i etterkant av endelig besluttet strategi	Gjennom interregionalt arbeid	Prosjektleder		
HOD	Orienteres i etterkant av endelig besluttet strategi	Årlig melding		2022	

Gult: Tilfredsstillende, Grønt: Informere, Blått: Følge opp, Rødt: Engasjere

Møtedato: 10-11. november 2021

Vår ref.:
2021/1609-1

Saksbehandler:
Siw Skår

Dato:
Bodø, 3. november 2021

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

Formål:

Formål med saken er å orientere om pågående interregionalt prosjekt knyttet til videre utvikling av samvalgsverktøy, og be om forslag til aktuelle områder for utvikling av nye samvalgsverktøy.

Beslutningsgrunnlag

Samvalg er en prosess der pasient og helsepersonell sammen kommer frem til og tar beslutninger om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som passer best for pasienten. Pasienten har rett til å ta del i valg som gjelder både utredning, behandling og oppfølging.

Samvalg handler oftest om å velge mellom ulike og tilgjengelige behandlinger, men også utsette, avvente eller velge å ikke behandle. Å velge å avstå fra å ta del i slike valg er også et alternativ.

Samvalgsverktøy kan være til hjelp i beslutningsprosessen. Verktøyene gir relevant og pålitelig informasjon om helseproblemet og hvilke valgmuligheter som er tilgjengelig. De kan brukes både før, under og etter møte med behandler. Det er til nå utviklet 14 samvalgsverktøy, som alle er publisert på helsenorge.no/samvalg.

Interregionalt samarbeid

Helse Nord RHF fikk i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2017 ansvar for å *lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk.*

Arbeidet kom forsinket i gang i 2019, og er planlagt ferdigstilt innen 2023.

Mandat for arbeidet

I mandat for arbeidet inngår å

- *utarbeide forslag til utvalgs-kriterier for prioritering av framtidige samvalgsverktøy*
- *utarbeide forslag til en samlet og hensiktsmessig prioritering av hvilke verktøy som skal utvikles*

Denne saken er et ledd i arbeidet med punkt to, hvor hver region skal foreslå fem til ti områder for nye samvalgsverktøy.

Forslagene skal så prioriteres av den interregionale arbeidsgruppen og legges frem for styringsgruppen. Ut fra dette vil det bli valgt ca. 15 områder for utvikling av nye samvalgsverktøy.

Forslag til utvalgskriterier

Prosjektgruppen har utarbeidet forslag til ni kriterier for utvelgelse og prioritering av områder som egner seg for samvalgsverktøy. Kriteriene er foreløpig ikke godkjent av styringsgruppen, men kan brukes som et grunnlag for å foreslå nye verktøy.

	Kriterier	Forklaring
1	Er problemstilling aktuell for samvalg?	Problemstillinger der det finnes flere tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, der ingen av alternativene fremstår som klart best for alle pasienter, men er et spørsmål om hvordan en veier fordeler og ulemper ved de ulike mulighetene opp mot hverandre.
2	Treffer problemstillingen en bred og eller kritisk pasientgruppe (volum & kritikalitet)?	Gjelder det mange mennesker? Er det et stort problem/ utfordring? F.eks: muskel- og skjelettsykdommer, psykiske plager og lidelser, hjerte- og karsykdommer, kreft, kols og diabetes er store pasientgrupper. Andre kan gjelde få, men være kritiske.
3	Følger problemstillingen helsepolitiske føringer?	Politiske føringer og prioriteringer.
4	Vil samvalgsverktøy redusere uønsket variasjon?	Er det forhold ved tiltaket som vil kunne redusere uønsket variasjon?
5	Er det realistisk å utvikle samvalgsverktøyet?	Vurdere hvor mye ressurser som trengs for utviklingen. F.eks. ved komorbiditet - ekstremt krevende utviklingsprosess.
6	Vil samvalgsverktøyet nå pasientgruppen?	Er det forhold ved målgruppen (pasienter og helsepersonell) som vanskeliggjør bruken av samvalgsverktøy?
7	Finnes det relevant arbeid / kontekst?	Problemstillinger der det ikke er utviklet retningslinjer, der det finnes kunnskapsoppsummeringer, andre kilder til å lette utviklingen.
8	Er det ønsket av brukerorganisasjoner? pasientorganisasjoner?	Kontakte pasientorganisasjoner for innspill til prioritering hvis hensiktsmessig.
9	Er det ønsket av klinikere?	Kontakte sentrale kliniske miljøer for innspill til prioritering hvis hensiktsmessig. Et sterkt klinisk miljø som «eier» utviklingen er helt grunnleggende for utvikling og bruk av verktøyet.

Forslag til nye samvalgsverktøy

Helse Nord RHF har bedt [samvalgssentret ved UNN](#) å foreslå områder/problemstillinger for nye samvalgsverktøy:

- Inkontinens hos kvinner
- Lett depresjon
- Høyt blodtrykk
- Prevensjon
- Diabetes mellitus type 2
- Keisersnitt
- Flere verktøy for valg innen utredning og behandling for kreft

I forslagene er det tatt hensyn til at det også er behov for samvalgsverktøy egnet for bruk i primærhelsetjenesten.

Som et ledd i arbeidet ønsker Helse Nord RHF å innhente synspunkter fra regionalt brukerutvalg på områdene som er valgt, og vi ber også om forslag til flere områder hvor samvalgsverktøy er ønsket.

Konklusjon

Samvalg er en rettighet pasienter har til å ta del i valg som angår egen behandling. Et hjelpemiddel i valgprosessen er samvalgsverktøy. Til nå er det utviklet 14 verktøy. Det pågår et interregionalt samarbeid om samvalg som bla. innebærer å foreslå aktuelle områder for nye samvalgsverktøy.

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om interregionalt prosjekt om samvalg til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir tilslutning til foreslåtte områder for utvikling av nye samvalgsverktøy, med følgende innspill:
 - a. ...
 - b. ...
3. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har følgende forslag til områder for nye samvalgsverktøy:
 - a. ...
 - b. ...

Bodø, 3. november 2021

Cecilie Daae
administrerende direktør

Møtedato: 10-11. november 2021

Saksnr.:

Saksbeh./tlf.:

Sted/dato:

Jørgen Hansen/75 51 29 00

Bodø, 3. november 2021

RBU-sak 112-2021

Evaluering av brukererfaringer under covid-19 pandemien

Formål

Formålet med denne saken er å orientere regionalt brukerutvalg om gjennomført evaluering og presentere sentrale læringspunkter fra delrapport 3 "Håndtering av Covid-19 pandemien - Brukerperspektivet - Evaluering - delrapport 3".

Bakgrunn

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

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

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

Gjennomføring av evalueringen

Evaluering av brukerperspektivet og brukererfaringer i et regionalt overordnet perspektiv har enkelte utfordringer. Vår vurdering er at innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer ut fra et personvern hensyn må ivaretas av helseforetakene som har pasientkontakten. Dette kan for eksempel gjøres via foretakenes brukerundersøkelser som del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Vi har derfor valgt å basere vår rapport på gjennomgang av gjennomført brukerundersøkelse i UNN, publiserte rapporter i forhold til brukererfaringer under covid-19 pandemien, samt publikasjoner fra brukerorganisasjoner om samme tema. I

tillegg har vi gjennomgått referater fra brukerutvalg og ungdomsråd og hatt samtale med pasient- og brukerombudene i regionen. Vi har benyttet Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) sin rapport om «Sørge-for-ansvaret under koronapandemien», NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen* og Årsrapport 2020 fra Nasjonalt senter for e-helseforskning for å underbygge vår analyse av innhentet informasjon.

Ut fra våre oppsummeringer fra ovennevnte kilder, formidler vi hva brukerne og deres pårørende har erfart i møtet med spesialisthelsetjenesten. Vi har gjennom diskusjoner formulert læringspunkter som beskriver hvordan Helse Nord RHF og foretaksgruppen i Helse Nord kan legge bedre til rette for å håndtere viktige temaområder i sørge-for-ansvaret.

Regionalt brukerutvalg (RBU) og referansegruppa fra RBU, bestående av Knut Georg Hartviksen, Kitt-Anne Jorid Hansen og Karen Agnete Hagland, har i innledningsfasen bidratt med innspill til en del aktuelle områder som burde undersøkes og evalueres, jf. rapportens vedlegg 1. Disse er omtalt i det enkelte fokusområde.

Den 8. juni 2021 ble det gjennomført møte med referansegruppa hvor utkast til rapport med bevarings- og forbedringspunkter ble diskutert. Dialogen medførte ingen vesentlige endringer til læringspunktene.

I tillegg til ovennevnte dokumenter er NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen* og Årsrapport 2020 fra Nasjonalt senter for e-helseforskning benyttet som et supplement til evalueringsgruppas vurderinger.

Utkast til evalueringsrapport ble sendt på høring til aktuelle instanser den 21. juni med høringsfrist den 31. august 2021. Det er mottatt innspill/tilbakemelding fra fire høringsinstanser.

Oversikt over læringspunkter

Rapporten inkluderer 8 bevarings- og 15 forbedringspunkter.

Bevaringspunkter

1. Helse Nord bør fortsette informasjons- og kommunikasjonsarbeidet til befolkningen, herunder samordne informasjon fra sentrale myndigheter med lokale bestemmelser.
2. Videreføre bruk av digitale tjenester for pasientgrupper og behandlingstilbud hvor dette er egnet.
3. Videreføre forskning på og utvikling av digitale konsultasjoner som utrednings- og behandlingstilbud.
4. Fortsatt prioritere spesialisthelsetjenestetilbudet til sårbare og kritiske pasientgrupper ved vesentlige hendelser som påvirker driften.
5. Helse Nord RHF bør fortsette og videreutvikle dialogen med, og oppfølgingen av, rehabiliteringsinstitusjonene i regionen.

6. Opprettholde et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud under en langvarig beredskapshendelse. Sikre at pasientene får et alternativt tilbud ved avbrudd i rehabiliteringen.
7. Fortsette å bygge kunnskap om tilpasset rehabiliteringstilbud etter covid-19-sykdom.
8. Fortsatt sikre brukerrepresentasjon i regionale og interregionale råd/utvalg/prosjekter som har direkte eller indirekte påvirkning på tilbudet i spesialisthelsetjenesten til pasienter, brukere og pårørende.

Forbedringspunkter

1. Sikre at generell informasjon om smittefare og smittevern tilpasses og gjøres tilgjengelig med universell utforming på flere språk, herunder de ulike samiske språkene.
2. Bruke relevante informasjonskanaler til informasjonsdeling. En «pasientknapp» på internettsidene til helseforetakene vil gjøre det lettere å søke opp korrekt og oppdatert informasjon.
3. Legge til rette for brukermedvirkning i utarbeidelsen av kommunikasjonsstrategi for å sikre at informasjon fra tjenesteyter om tjenestetilbudet og endringer når ut til målgruppene.
4. Legge til rette for å informere befolkningen om at det er trygt å bruke spesialisthelsetjenestene, når man følger gjeldende smittevernråd ved fysisk frammøte. Formulere rådene slik at de forstås som oppfordringer til å bruke tjenestene.
5. Informere om og legge til rette for at pårørende i størst mulig grad kan få ivaretatt sine roller, som pårørende, som ledsagere, og som omsorgspersoner ved alvorlig sykdom og på dødsleier, også i perioder med strenge adgangsrestriksjoner.
6. Gi lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om ordningen med pasientreiser, pasienttransport og ledsagerfunksjon under langvarige hendelser.
7. Prioritere og legge til rette for fysiske konsultasjoner for pasientgrupper hvor digitale løsninger ikke er egnet.
8. Sikre opprettholdelse av behandlingstilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling under langvarige hendelser.
9. Redusere unødvendige variasjoner i behandlingstilbud innen Helse Nord under langvarige hendelser.
10. Klargjøre rutiner for overføring av personell eller behandlingsansvar for å utnytte ledig kapasitet i regionen under en beredskapshendelse.
11. Stimulere til forskning på om konsekvenser av avlysning eller utsettelse av planlagt utredning, behandling og kontroll, har bidratt til svekket fysisk og/eller psykisk helse hos sårbare pasientgrupper.
12. Stimulere til forskning på om reduksjon i akutte innleggelser og rettidig behandling for hjertesvikt, hjerteinfarkt og hjerneslag i pandemiens første fase, har hatt alvorlige konsekvenser for resultat av rehabilitering.
13. Inkludere private avtalespesialister og avtaleinstitusjoner i den regionale beredskapsplanen, herunder etablere beredskapsavtaler med aktuelle leverandører, for å sikre et stabilt og tilfredsstillende tilbud. Medta disse leverandørene i evalueringer etter beredskapshendelser.

14. Utarbeide kommunikasjonsstrategi og forbedre kommunikasjonslinjer mellom helsetjenestenivåene om tilgjengelige rehabiliteringstilbud.
15. I større grad foreta innsamling av pasient- og brukererfaringer både som rutinemessig aktivitet i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, og utføre hendelses- og situasjonsbaserte undersøkelser og studier for å høste læring fra pasient- og brukererfaringer.

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

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om delrapport 3 knyttet til evalueringen av beredskapsarbeidet og brukererfaringer i Helse Nord til orientering (Håndtering av Covid-19 pandemien - Brukerperspektivet - Evaluering - delrapport 3).
2. Regionalt brukerutvalg slutter seg til rapportens læringspunkter og vil i sitt arbeid bidra til implementering av læringspunktene

Bodø 3. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

Beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien 2020 - Evaluering - delrapport 3.

Helse Nord RHF og våre helseforetak

Håndtering av covid-19-pandemien 2020-2021

Brukerperspektivet

Evaluering - delrapport 3

Evalueringsgruppa i Helse Nord RHF, 01.10.2021

Godkjent av adm. direktør Cecilie Daae, 01.10.2021

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	4
Formål med evalueringen	4
Fokus for evalueringen.....	4
Anbefalinger.....	5
Bevarings- og forbedringspunkter.....	5
Evaluering av brukerperspektivet i Helse Nord.....	5
Innledning.....	7
1 Formål og omfang	8
1.1 Formål med evalueringen.....	8
1.2 Hovedmål.....	8
1.3 Delmål.....	8
1.4 Strategier.....	9
1.5 Fokus for evalueringen.....	9
1.6 Metode.....	10
1.7 Fokusområder	10
2 Observasjoner og vurderinger	11
2.1 Generell informasjon og kommunikasjon til pasienter og pårørende og informasjon og kommunikasjon ved behov for helsehjelp	11
2.1.1 Brukerundersøkelser lokalt (UNN).....	11
2.1.2 Brukerundersøkelser nasjonalt	12
2.1.3 Pasient- og brukerombud	13
2.1.4 Brukerutvalg og ungdomsråd	15
2.1.5 Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE)	15
2.1.6 Oppsummering og læring	16
2.2 Poliklinisk tilbud	17
2.2.1 Brukerundersøkelser lokalt (UNN).....	18
2.2.2 Brukerundersøkelser nasjonalt	18
2.2.3 Pasient- og brukerombud	21
2.2.4 Brukerutvalg og ungdomsråd	22
2.2.5 Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE)	23
2.2.6 Oppsummering og læring	26
2.3 Dag- og døgnopphold	27

2.3.1	Brukerundersøkelser lokalt (UNN).....	28
2.3.2	Brukerundersøkelser nasjonalt.....	28
2.3.3	Pasient- og brukerombud.....	28
2.3.4	Brukerutvalg og ungdomsråd.....	29
2.3.5	Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE)	29
2.3.6	Oppsummering og læring.....	32
2.4	Rehabilitering.....	35
2.4.1	Brukerundersøkelser/ forskningsartikler nasjonalt.....	36
2.4.2	Pasient- og brukerombud.....	36
2.4.3	Brukerutvalg og ungdomsråd.....	37
2.4.4	Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE)	37
2.4.5	Samtale med ansvarlige for kjøp av private rehabiliteringstjenester	37
2.4.6	Rehabiliteringstilbud etter covid-19-sykdom	38
2.4.7	Oppsummering og læring.....	39
2.5	Brukermedvirkning.....	40
2.5.1	Oppsummering og læring.....	40
3	Anbefalinger og læringspunkter.....	41
3.1	Anbefalinger	41
3.2	Bevarings- og forbedringspunkter	41
3.2.1	Bevaringspunkter.....	41
3.2.2	Forbedringspunkter	42
4	Temaer til eventuell oppfølging.....	43

Vedlegg 1: Innspill fra Regionalt brukerutvalg

Vedlegg 2: Dokumentgjennomgang/Kildereferanser

Vedlegg 3: Mottatte høringsinnspill/tilbakemeldinger

Sammendrag

Denne rapporten oppsummerer evalueringen av Helse Nords håndtering av covid-19-pandemien med fokus på brukerperspektivet, og den er utarbeidet av evalueringsgruppa i Helse Nord RHF.

Formål med evalueringen

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

Fokus for evalueringen

Evalueringen er delt inn i følgende faser:

Første fase – Rapport om foreløpig evaluering av beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien 2020 – delrapport 1, datert 01.07.2020:

- Intern evaluering av Helse Nord RHF sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå. Første fase av evalueringen omfatter også pandemiens påvirkning på arbeidssituasjonen til de ansatte i RHF-et, se rapportens kap.3.3.

Andre fase – Beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020 i Helse Nord – delrapport 2, datert 18.02.2021:

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

Tredje fase – Evaluering av brukererfaringer under covid-19-pandemien - delrapport 3, datert 01.10.2021:

Denne evalueringsrapporten omhandler og oppsummerer:

- Forhold som er tatt opp i brukerutvalg og ungdomsråd.
- Erfaringer fra Pasient- og brukerombud i Nord-Norge.
- Resultatene fra diverse brukerundersøkelser og forskningsartikler, utarbeidet av andre nasjonalt og lokalt.
- Rapport om Sørge-for-ansvaret under koronapandemien – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

I tillegg til ovennevnte dokumenter er NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen* og Årsrapport 2020 fra Nasjonalt

senter for e-helseforskning benyttet som et supplement til evalueringsgruppas vurderinger.

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

Utkast til evalueringsrapport ble sendt på høring til aktuelle instanser den 21. juni med høringsfrist den 31. august 2021. Det er mottatt innspill/tilbakemelding fra fire høringsinstanser.

Anbefalinger

Evalueringsgruppa anbefaler Helse Nord RHF og helseforetakene å:

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

Bevarings- og forbedringspunkter

Evaluering av brukerperspektivet i Helse Nord

Bevaringspunkter

1. Helse Nord bør fortsette informasjons- og kommunikasjonsarbeidet til befolkningen, herunder samordne informasjon fra sentrale myndigheter med lokale bestemmelser.
2. Videreføre bruk av digitale tjenester for pasientgrupper og behandlingstilbud hvor dette er egnet.
3. Videreføre forskning på og utvikling av digitale konsultasjoner som utrednings- og behandlingstilbud.
4. Fortsatt prioritere spesialisthelsetjenestetilbudet til sårbare og kritiske pasientgrupper ved vesentlige hendelser som påvirker driften.
5. Helse Nord RHF bør fortsette og videreutvikle dialogen med, og oppfølgingen av, rehabiliteringsinstitusjonene i regionen.
6. Opprettholde et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud under en langvarig beredskaps-hendelse. Sikre at pasientene får et alternativt tilbud ved avbrudd i rehabiliteringen.
7. Fortsette å bygge kunnskap om tilpasset rehabiliteringstilbud etter covid-19-sykdom.
8. Fortsatt sikre brukerrepresentasjon i regionale og interregionale råd/utvalg/prosjekter som har direkte eller indirekte påvirkning på tilbudet i spesialisthelsetjenesten til pasienter, brukere og pårørende.

Forbedringspunkter

1. Sikre at generell informasjon om smittefare og smittevern tilpasses og gjøres tilgjengelig med universell utforming på flere språk, herunder de ulike samiske språkene.
2. Bruke relevante informasjonskanaler til informasjonsdeling. En «pasientknapp» på internettsidene til helseforetakene vil gjøre det lettere å søke opp korrekt og oppdatert informasjon.
3. Legge til rette for brukermedvirkning i utarbeidelsen av kommunikasjonsstrategi for å sikre at informasjon fra tjenesteyter om tjenestetilbudet og endringer når ut til målgruppene.
4. Legge til rette for å informere befolkningen om at det er trygt å bruke spesialisthelsetjenestene, når man følger gjeldende smittevernråd ved fysisk frammøte. Formulere rådene slik at de forstås som oppfordringer til å bruke tjenestene.
5. Informere om og legge til rette for at pårørende i størst mulig grad kan få ivaretatt sine roller, som pårørende, som ledsagere, og som omsorgspersoner ved alvorlig sykdom og på dødsleier, også i perioder med strenge adgangsrestriksjoner.
6. Gi lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om ordningen med pasientreiser, pasienttransport og ledsagerfunksjon under langvarige hendelser.
7. Prioritere og legge til rette for fysiske konsultasjoner for pasientgrupper hvor digitale løsninger ikke er egnet.
8. Sikre opprettholdelse av behandlingstilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling under langvarige hendelser.
9. Redusere unødvendige variasjoner i behandlingstilbud innen Helse Nord under langvarige hendelser.
10. Klargjøre rutiner for overføring av personell eller behandlingsansvar for å utnytte ledig kapasitet i regionen under en beredskapshendelse.
11. Stimulere til forskning på om konsekvenser av avlysning eller utsettelse av planlagt utredning, behandling og kontroll, har bidratt til svekket fysisk og/eller psykisk helse hos sårbare pasientgrupper.
12. Stimulere til forskning på om reduksjon i akutte innleggelser og rettidig behandling for hjertesvikt, hjerteinfarkt og hjerneslag i pandemiens første fase, har hatt alvorlige konsekvenser for resultat av rehabilitering.
13. Inkludere private avtalespesialister og avtaleinstitusjoner i den regionale beredskapsplanen, herunder etablere beredskapsavtaler med aktuelle leverandører, for å sikre et stabilt og tilfredsstillende tilbud. Medta disse leverandørene i evalueringer etter beredskapshendelser.
14. Utarbeide kommunikasjonsstrategi og forbedre kommunikasjonslinjer mellom helsetjenestenivåene om tilgjengelige rehabiliteringstilbud.
15. I større grad foreta innsamling av pasient- og brukererfaringer både som rutinemessig aktivitet i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, og utføre hendelses- og situasjonsbaserte undersøkelser og studier for å høste læring fra pasient- og brukererfaringer.

Innledning

I januar 2020 oppsto det utbrudd av koronavirus SARS-CoV-2 i Kina. Viruset ble beskrevet som betydelig mere smittomt og farlig enn vanlig sesonginfluensa. I løpet av februar 2020 dokumenterte WHO en verdensomspennende spredning av viruset. I de fleste land kom utfordringen med mange og svært dårlige pasienter uforberedt på helsevesenet og samfunnet for øvrig samtidig med at det ble innført omfattende smitteverntiltak med nedstenging av viktige samfunnsfunksjoner.

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

Det ble nedsatt en evalueringsgruppe våren 2020, bestående av en kjernegruppe på 4 personer og en større arbeidsgruppe med representanter fra de fleste avdelinger i RHF-et. Overordnet ansvarlig for evalueringsarbeidet er Jonny Brodersen, avdelingsdirektør Sikkerhets- og Beredskapsavdelingen.

Kjernegruppa har bestått av:

Jørgen Hansen – leder evalueringsgruppa, Sikkerhets- og Beredskapsavdelingen

Janny Helene Aasen, Internrevisjonen

Jann-Hårek Lillevoll, Eieravdelingen

Kirsti Freibu Tidemann, Økonomiavdelingen

Evaluering av brukerperspektivet og brukererfaringer i et regionalt overordnet perspektiv har enkelte utfordringer. Vår vurdering er at innhenting av bruker- og pårørende erfaringer ut fra et personvern hensyn må ivaretas av helseforetakene som har pasientkontakten. Dette kan for eksempel gjøres via foretakenes brukerundersøkelser som del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Vi har valgt å basere vår rapport på gjennomgang av gjennomført brukerundersøkelse i UNN, publiserte rapporter i forhold til brukererfaringer under covid-19 pandemien, samt publikasjoner fra brukerorganisasjoner om samme tema. I tillegg har vi gjennomgått referater fra brukerutvalg og ungdomsråd og hatt samtale med pasient- og brukerombudene i regionen. Vi har benyttet Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) sin rapport om «Sørge-for-ansvaret under koronapandemien», NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen* og Årsrapport 2020 fra Nasjonalt senter for e-helseforskning for å underbygge vår analyse av innhentet informasjon.

Ut fra våre oppsummeringer av ovennevnte kilder, formidler vi hva brukerne og deres pårørende har erfart i møtet med spesialisthelsetjenesten. Vi har gjennom læringspunkter beskrevet hvordan Helse Nord RHF og foretaksgruppen i Helse Nord kan legge bedre til rette for å håndtere viktige temaområder i sørge-for-ansvaret.

I innledningen og i slutfasen av dette arbeidet har vi konsultert Regionalt brukerutvalg (RBU) og en referansegruppe fra RBU. Regionalt brukerutvalg har oppnevnt Knut Georg Hartviksen, Kitt-Anne Jorid Hansen og Karen Agnete Hagland til referansegruppen i arbeidet med evaluering av beredskapsarbeidet ved Koronapandemien.

RBU og referansegruppa fra RBU har i innledningsfasen bidratt med innspill til en del aktuelle områder som bør undersøkes og evalueres. Disse er omtalt i det enkelte fokusområde 2.1 – 2.5 nedenfor, jf. vedlegg 1. Den 8. juni 2021 ble det gjennomført møte med referansegruppa hvor utkast til bevarings- og forbedringspunkter ble diskutert. Dialogen medførte ingen vesentlige endringer til læringspunktene.

På bakgrunn av disse innspillene har vi oppsummert læringspunkter i forhold til de fokusområder denne rapporten omhandler.

1 Formål og omfang

1.1 Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er å vurdere hvordan Helse Nord RHF og foretaksgruppen i Helse Nord som beredskapsorganisasjoner utøver ledelse og beredskapsarbeid for å ivareta sitt ansvar og samfunnsoppdrag under covid-19-pandemien.

Analyse og diskusjon skal ende opp i læringspunkter (bevarings- og forbedringspunkter).

1.2 Hovedmål

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

1.3 Delmål

- Forebygge og begrense smittespredning, sykdom og død.
- Sikre bemanning, utstyr og øvrige kapasiteter for å kunne gi behandling og omsorg til syke og døende.

- Opprettholde tillit og trygghet i samfunnet ved å gi kunnskapsbasert og helhetlig informasjon og retningslinjer til befolkningen og til andre samfunnssektorer.
- Bidra til å opprettholde vitale regionale og lokale samfunnsfunksjoner. Herunder kommunehelsetjenestene.

1.4 Strategier

De viktigste strategiene i pandemiarbeidet ved koronautbrudd er:

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

1.5 Fokus for evalueringen

Evalueringen er delt inn i følgende faser:

Første fase – Rapport om foreløpig evaluering av beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien 2020 – delrapport 1, datert 01.07.2020:

- Intern evaluering av Helse Nord RHF sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå. Første fase av evalueringen omfattet også pandemiens påvirkning på arbeidssituasjonen til de ansatte i RHF-et, se rapportens kap.3.3.

Andre fase – Beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020 i Helse Nord – delrapport 2, datert 18.02.2021:

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

Tredje fase – Evaluering av brukererfaringer under covid-19 pandemien - delrapport 3, datert 01.10.2021:

Denne evalueringsrapporten omhandler og oppsummerer gjennomgang av:

- Forhold som er tatt opp i brukerutvalg og ungdomsråd i Helse Nord.
- Erfaringer fra Pasient- og brukerombud i Nord-Norge.
- Resultatene fra brukerundersøkelser og forskningsartikler, utarbeidet av andre nasjonalt og lokalt.
- Rapport om Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE).
- Samtale med ansvarlig for kjøp av eksterne helsetjenester i Helse Nord.

I tillegg til ovennevnte dokumenter er NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen* og Årsrapport 2020 fra Nasjonalt senter for e-helseforskning benyttet som et supplement til evalueringsgruppas vurderinger.

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

1.6 Metode

Informasjonsinnhenting er gjennomført som dokumentgjennomgang og samtale.

- Dokumentgjennomgangen, jf. vedlegg 2, har bestått i:
 - Brukerundersøkelser/ publiserte lokale og nasjonale rapporter.
 - Referater fra brukerutvalg og ungdomsråd i Finnmarkssykehuset HF (FIN), Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), Nordlandssykehuset HF (NLSH) og Helgelandssykehuset HF (HSYK), og referater fra regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF.
 - Årsmeldinger fra pasient- og brukerombud i Finnmark, Troms og Nordland
 - Rapport om Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE)
 - NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen*, som supplement til evalueringsgruppas vurderinger
 - Årsrapport 2020 fra Nasjonalt senter for e-helseforskning
- Samtaler med pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark og Nordland og med ansvarlige i Helse Nord RHF for kjøp av eksterne helsetjenester.

1.7 Fokusområder

Fokusområdene i evalueringen av hvordan Helse Nord RHF og helseforetakene i foretaksgruppen i Helse Nord har ivaretatt pasienter og pårørende under covid-19-pandemien, har vært:

1. Generell informasjon og kommunikasjon til pasienter og pårørende og informasjon og kommunikasjon ved behov for helsehjelp (timeavtale og under konsultasjon/behandling)
2. Poliklinisk tilbud
3. Dag- og døgnopphold
4. Rehabilitering
5. Brukermedvirkning

2 Observasjoner og vurderinger

2.1 Generell informasjon og kommunikasjon til pasienter og pårørende og informasjon og kommunikasjon ved behov for helsehjelp

Generell informasjon og kommunikasjon til pasienter og pårørende er viktig under en beredskapshendelse, og spesielt i en så alvorlig, langvarig og inngripende hendelse som covid-19-pandemien har vært. En pandemi medfører behov for formidling av forståelig og tydelig informasjon om smittevern og restriksjoner i forhold til sosial omgang og mobilitet. Det er videre viktig med god og forståelig informasjon og kommunikasjon til pasienter og pårørende som har behov for helsehjelp, både planlagt og akutt. Denne delen av evalueringen omhandler dette.

RBU har kommet med en rekke innspill om områder som bør undersøkes og evalueres under pandemien. Innspillet om pasientkommunikasjonen er tilpasset risikogrupper, den eldre befolkningen, mennesker med hørselshemming, kognitive funksjonsnedsettelse, språkbarrierer og andre er omhandlet i dette delkapittelet.

2.1.1 Brukerundersøkelser lokalt (UNN)

UNN utga i juli 2020 en rapport der de gjengir resultater fra tre spørreundersøkelser og datainnsamling der de har kartlagt endringer som ble gjort i eget foretak i perioden mars-mai 2020, som følge av gul beredskap og covid-19-pandemien. Her ble blant annet pasienters og pårørendes erfaringer med situasjonen kartlagt. UNN har også via sin internettside invitert pasienter, brukere og pårørende til å dele sine erfaringer i pandemien med sykehuset.

Tilbakemeldinger angående informasjon og kommunikasjon til pasienter og pårørende kan oppsummeres som følger:

- Smittevernet har blitt opplevd som godt og trygghetsskapende.
- Pårørende har opplevd manglende tilrettelegging og informasjon. Adgangsrestriksjoner har vært utfordrende i situasjoner der pårørendes tilstedeværelse og deltakelse er viktig, f.eks. ved alvorlig sykdom og pasienter i livets slutfase.
- Pårørende til kreftpasienter savnet å kunne være tilstede under konsultasjoner, prøvetaking og når resultater ble gitt. Mengden informasjon har ofte vært omfattende og vanskelig for pasient å ta imot alene.
- Pasienter har opplevd manglende informasjon ved utsettelse og avlysninger av behandling og undersøkelser.
- Noen brukere og pårørende beskriver at de har opplevd manglende oppfølging ved psykiske lidelser.

2.1.2 Brukerundersøkelser nasjonalt

Evalueringsgruppa har gjennomgått en rekke rapporter fra brukerundersøkelser som er utført under pandemien. Rapportene har omfattet forhold som både er relatert til tjenester fra spesialist- og fra primærhelsetjenestene. Vårt fokus er å beskrive spesielle forhold knyttet til informasjonsbehov og kommunikasjonsutfordringer relatert til spesialisthelsetjenestene, som er omtalt i rapportene. Overskriften i hvert underkapittel refererer seg til brukerundersøkelsen/ rapportens betegnelse.

2.1.2.1 Konsekvenser av Covid-19 for funksjonshemmede og kroniske syke

Undersøkelse ble gjennomført av Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) fra 18. mai til 18. august 2020.

Her ble det kartlagt hvilke konsekvenser smitteverntiltak og smittefare har hatt for funksjonshemmede og kronisk syke. Anbefalt læringspunkt var at informasjon om smittevern og smittefare må tilpasses de ulike pasient-/brukergrupper slik at informasjonen blir mulig å tilegne seg og er forståelig. Blinde, hørselshemmede samt de med kognitive forstyrrelser, har møtt på utfordringer i forhold til informasjon og har etterspurt blindeskrift, døvetoalking, teksting av direktesendinger og tilrettelagte nyheter.

Brukerne beskrev reduserte tjenester og tap av helse, livskvalitet, sosiale arenaer og hverdagsrutiner. Smitteverntiltakene og mangel på tilrettelagt informasjon bidro til isolasjon, uro og usikkerhet.

Læringspunkt fra FFO sine undersøkelser er at det under pandemier er viktig at generell informasjon om smittevern og smittefare gjøres tilgjengelig for alle brukergrupper, f.eks. mennesker med kognitive utfordringer, døve/hørselshemmede og blinde/synshemmede.

2.1.2.2 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020 - delrapport

I fokusgruppeintervju, gjennomført av Voksne for Barn, som del av Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynets samarbeidsprosjekt, ble det samlet inn brukererfaringer fra unge mellom 19-28 år som hadde belastende livserfaringer og behov for ulike velferdstjenester. Formålet var å få vite mer om omfanget av tjenesteendringer og konsekvensene for brukere. Dette er tjenester som i hovedsak ytes av kommunene og primærhelsetjenestene. En anbefaling var at tjenestene må planlegge for hvordan de kan fortsette å gi de mest sårbare et tilbud, selv under svært strenge smittevernkrav. Evalueringsgruppas refleksjon er at dette også vil gjelde for spesialisthelsetjenestenes tilbud til de mest sårbare.

I analysen kom det frem at brukerne har en gjennomgående erfaring av å få for lite informasjon. Funnene illustrerer det løpende behovet både brukere og pårørende har for oppdatert og tilpasset informasjon. Brukere trenger informasjon fra tjenesteyter om tjenestetilbudet og endringer for å kunne medvirke. Dette er viktig kunnskap i en situasjon hvor pandemien stadig forandrer seg, og smitteverntiltakene i takt med det.

2.1.2.3 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020 - delrapport

Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynet har også gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse rettet mot medlemmer av Norges Handikapforbund, Norsk Forbund for Utviklingshemmede, Norges Parkinsonforbund og Kreftforeningen. Hensikten med undersøkelsen var å løfte fram brukernes erfaringer med tjenestetilbudet under covid-19-pandemien, å belyse endringer i tjenestene, og å vurdere hvilke konsekvenser endringer hadde for brukere og pasienters helse og livskvalitet. Hele 75 prosent av respondentene svarte at de «i liten» eller «svært liten grad» hadde fått medvirke til reduksjon i tjenestetilbudet eller i bortfall av tjenester. I den samme gruppa oppga over 65 prosent at de ønsket mer informasjon fra tjenestene om endringene som fant sted.

2.1.2.4 Statusrapport 1: Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) utga allerede den 20.04.2020 sin første statusrapport om covid-19-pandemiens påvirkning på tjenestetilbudet til utsatte barn og unge. Arbeidet med rapporten ble utført av en regjeringsnedsatt koordineringsgruppe. En av oppgavene til gruppen var å sikre oppdatert informasjon om sårbare barn og unge og å koordinere informasjonsflyt mellom direktorater og ut til tjenestene.

I rapporten kommer det frem at covid-19-pandemien og de innførte smitteverntiltakene potensielt hadde omfattende konsekvenser for sårbare barn og unge, og deres familier. Det ble uttrykt bekymring fra mange hold om helsemessige følger både på kort og lang sikt.

Enkelte respondenter rapporterte om at de valgte å avlyse konsultasjoner eller lot være å oppsøke tjenestene på grunn av frykt for smitte. For helsetjenestenes del var det også mange brukere som oppfattet informasjonen slik at de hjalp til ved å holde seg borte og «gjøre plass» for pasienter med covid-19. I rapporten beskriver man at offisielle råd nok har bidratt til disse oppfatningene.

Det fremkommer også i rapporten at det var et behov for at informasjon i større grad ble tilgjengeliggjort for familier med innvandrerbakgrunn.

Da epidemien kom over i rolig fase var det behov for å lære opp befolkningen i hva som var trygg bruk av tjenester. Risiko for smitte ved å oppsøke tjenestene fysisk ville kunne håndteres ved hjelp av de vanlige smittevernrådene. Bufdir anbefalte å revidere de offisielle rådene slik at de ikke kunne leses som oppfordringer til ikke å bruke tjenestene.

2.1.3 Pasient- og brukerombud

Evalueringsgruppa har gjennomført samtale med pasient- og brukerombudene i Nordland, Troms og Finnmark. Fokuset for samtalen var bl.a. om pasient- og

brukerombud gjennom sitt arbeid har blitt kjent med spesielle forhold knyttet til informasjonsbehov og kommunikasjonsutfordringer relatert til spesialisthelsetjenesten.

De tre pasient- og brukerombudene har opplyst at de har brukt internettsidene til Helse Nord RHF og helseforetaket i sitt ansvarsområde aktivt under pandemien. Ombudet i Troms ga i intervjuet informasjon om at det var utfordrende å finne informasjon på hjemmesidene til UNN. De opplyste at de har funnet informasjonen adekvat, men at kommunikasjon og informasjon kan styrkes, eventuelt ved avholdelse av pressekonferanser, ved etablering av en informasjonstelefon og ved bedring av kontaktpunkter inn i HF-ene. Ombudene var ikke kjent med at pasientene og pårørende har benyttet helseforetakenes hjemmesider for å skaffe seg informasjon, og de anså at en egen «pasientknapp» på hjemmesiden hadde vært hensiktsmessig, for å gjøre pasientrelatert informasjon lett tilgjengelig. Videre har det vært mange pasienter som har takket nei til tilbudt behandling, og det burde derfor ha vært mer informasjon som opplyste om at det er trygt å la seg behandle på sykehus. Ombudene uttrykte ros til kommunene for deres informasjon til innbyggerne gjennom bruk av media og sosiale medier som kommunikasjonskanaler. Dette vurderte de som et forbedringspotensial for helseforetakene i Helse Nord. Inntrykket er at mange la ned et godt stykke arbeid, men at det tok for lang tid å gjenvinne balanse mellom beredskap og ordinær drift.

Basert på samtalen med ombudene og gjennomgang av deres årsmeldinger for 2020, ser evalueringsgruppa at pasienter og pårørende i liten grad har tatt kontakt med ombudene i begynnelsen av pandemien. Henvendelsene som ombudene fikk på grunn av pandemien, omhandlet blant annet forsinket eller avslag på behandling og besøksrestriksjoner på sykehus og sykehjem. I tillegg har det vært henvendelser om mangel på god kommunikasjon og tydelig informasjon, og mangel på samarbeid mellom sykehus for noen pasienter som hadde behov for behandling og oppfølging på tvers av sykehus og helseforetak.

Pasient- og brukerombudene har foreslått at det allerede under en pågående pandemi bør utvikles klare og entydige retningslinjer og praktiske tiltak. Dette for å bidra til rimelig balanse mellom helsetjenestens behov for smittevern og de sterke menneskelige hensyn som i noen situasjoner taler for at pasienter, brukere og pårørende kan opprettholde nærkontakt med hverandre.

Evalueringsgruppa har forespurt ombudene om det har vært manglende informasjon til den samiske befolkningen i regionen under pandemien. Ingen av ombudene var kjent med at dette har vært et tema, men heller ikke om vesentlig informasjon har vært oversatt til samiske språk.

Pasient- og brukerombudene opplevde at deres vanlige arbeidsformer ikke strakk helt til under pandemien. Digitale kommunikasjonsløsninger gir mange muligheter, men de har uttrykt at de mister noe på veien når de personlige og fysiske møtene ikke er mulig å

gjennomføre. Ombudene ville se nærmere på hvordan ombudstjenestene bedre kan tilrettelegges med de erfaringene pandemien har gitt.

2.1.4 Brukerutvalg og ungdomsråd

Evalueringsgruppa har gjennomgått referater fra brukerutvalg og ungdomsråd i helseforetakene i perioden fra januar 2020 til januar 2021, i tillegg til referater fra det regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF for samme periode. Fokuset for gjennomgangen har vært å se om det er spesielle forhold knyttet til informasjonsbehov og kommunikasjonsutfordringer som er omtalt i referatene knyttet til covid-19-pandemien.

- I begynnelsen av pandemien erfarte flere av medlemmene i brukerutvalgene at det var vanskelig å fange opp erfaringer og tilbakemeldinger fra sine miljøer, da all aktivitet i brukerorganisasjonene var avlyst eller utsatt.
- Informasjon og kommunikasjon til pasienter og pårørende med behov for helsehjelp, har vært noe av det brukerutvalg og ungdomsråd har viet oppmerksomhet under pandemien.
- Det er gitt informasjon i brukerutvalgsmøtene om hvor informasjon om forhold ved pandemien er tilgjengelig på helseforetakenes internettsider. Brukerutvalget i Helgelandssykehuset har etterspurt informasjon også på sørsamisk språk.
- UNN diskuterte resultatene av sine brukerundersøkelser med sitt brukerutvalg, bl.a. funn i deres pasient- og pårørendeundersøkelse om at informasjonen som ble gitt, var for dårlig.
- Det ble diskutert bekymring over at pasienter ikke møtte opp til time, og man anbefalte at sykehusene måtte bli bedre på å dele informasjon om at det ikke var farlig å møte opp på sykehuset.
- Regionalt brukerutvalg (RBU) uttrykte i mars 2020 bekymring for informasjonen til og oppfølgingen av pasienter innen psykisk helse og rus i situasjonen med spredning av koronaviruset. De ansvarlige som arbeidet med pandemien i Helse Nord ble bedt om å ta innspill fra Rusmisbrukerens Interesseorganisasjon (RIO) sin representant til orientering og oppfølging.
- Det har fremkommet informasjon om at restriksjoner for ledsagere var utfordrende for pasienter som har vansker med å kjenne sine rettigheter og medvirkning i behandlingen. Viktigheten av å ta hensyn til personer som har behov for ekstra tilrettelegging med tanke på å ha med seg pårørende, har blitt understreket.

2.1.5 Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE)

Fagdirektørene i de regionale helseforetakene besluttet 8. juni 2020 å gjennomføre et interregionalt samarbeidsprosjekt for å beskrive, analysere og vurdere endringer og ulikheter under covid-19-pandemien sammenlignet med perioder med ordinær drift. Analysearbeidet ble organisert i et prosjekt ledet av SKDE, og rapporten er et resultat av samarbeid mellom analyseressurser tilknyttet de fire regionale helseforetakene. SKDE-rapporten omhandler hvilke erfaringer man kan trekke med seg i den videre håndteringen av pandemien, eller ved nye liknende situasjoner. Med bakgrunn i

reduksjon i akutte innleggelser for hjerteinfarkt og hjerneslag under pandemien er det i rapporten (s. 17), vurdert som viktig at «*Aktiv informasjon til befolkningen om helsetjenestens grunnleggende evne og vilje til å ivareta alvorlig øyeblikkelig hjelp til befolkningen må inngå i fremtidige kommunikasjonsplaner for liknende kriser*».

2.1.6 Oppsummering og læring

2.1.6.1 Oppsummering

Det fremkommer fra flere av kildene som evalueringsgruppa har benyttet i sitt arbeid, at manglende informasjon og kommunikasjon har gitt utfordringer, spesielt under den tidlige fasen av pandemien.

Som FFO trekker frem i sin rapport er det viktig at generell informasjon om smittevern og smittefare også må gjøres tilgjengelig for personer med kognitive utfordringer, døve/hørselshemmede og blinde/synshemmede, under kommende smitteutbrudd av covid-19 eller andre tilsvarende pandemier. SKDE-rapporten trekker frem at informasjon til befolkningen om spesialisthelsetjenesten må inngå i fremtidige kommunikasjonsplaner, og pasient- og brukerombud vurderer at informasjon til pasienter og pårørende må være lettere tilgjengelig. Brukerutvalg og publiserte rapporter påpeker at dette også bør omfatte informasjon som er tilpasset den samiske befolkningen og minoritetsgrupper. I brukerundersøkelse gjennomført av UNN, har flere pårørende påpekt manglende tilrettelegging og informasjon. Adgangsrestriksjoner har vært utfordrende i situasjoner der pårørendes tilstedeværelse og deltakelse er viktig, f.eks. ved alvorlig sykdom og pasienter i livets slutfase.

Fra flere av kildene er det rapportert om at mange pasienter avlyste konsultasjoner eller lot være å oppsøke tjenestene på grunn av frykt for smitte, og at mange pasienter oppfattet at de hjalp til ved å holde seg borte og «gjøre plass» for pasienter med covid-19. Offisielle råd kan ha bidratt til disse oppfatningene. På det offisielle nettstedet www.helsenorge.no stod det på et tidspunkt for eksempel at «*For å unngå smitte og spredning av koronaviruset er det viktig at du ikke oppsøker helsetjenestene fysisk dersom det ikke er nødvendig.*»

Andre forhold som er gjennomgående fra flere av kildene er:

- Manglende informasjon til pasienter ved utsettelse og avlysninger.
- For dårlig informasjon og samarbeid mellom sykehus for noen pasienter med behov for behandling og oppfølging på tvers av sykehus og helseforetak.
- Manglende informasjon til pasient og pårørende om mulighet for å ha med seg ledsager ved konsultasjon og å få eventuell ledsagers reisekostnader dekket.
- Vesentlige læringspunkter, som for eksempel pasienters, brukeres og pårørendes behov for god kommunikasjon og tydelig informasjon.

Basert på funnene vurderer evalueringsgruppa at brukere og pårørende har et løpende behov for både oppdatert og tilpasset informasjon. Brukere trenger informasjon om

tjenestetilbudet og endringer for å kunne medvirke. Dette er viktig kunnskap i en situasjon hvor pandemien stadig forandrer seg, og smitteverntiltakene i takt med det.

Det er viktig med god og forståelig informasjon og kommunikasjon til pasienter og pårørende som har behov for både planlagt og akutt helsehjelp. Brukertilpassede og lett tilgjengelige kommunikasjonskanaler er også viktig å ha på plass.

Ved gjennomgang av kildene nevnt over, finner vi gjennomgående at mangelfull eller manglende informasjon og kommunikasjon har medført flere negative konsekvenser for pasienter og pårørendes forståelse og opplevelser i pandemien. Det gjelder blant annet kunnskap om smittevern, konsekvens for utrednings- og behandlingstilbud, og konsekvens for reiser og ledsagerfunksjon.

2.1.6.2 Bevaringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende bevaringspunkter på tema informasjon og kommunikasjon:

- | |
|---|
| 1. Helse Nord bør fortsette informasjons- og kommunikasjonsarbeidet til befolkningen, herunder samordne informasjon fra sentrale myndigheter med lokale bestemmelser. |
|---|

2.1.6.3 Forbedringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende forbedringspunkter på tema informasjon og kommunikasjon:

- | |
|---|
| 1. Sikre at generell informasjon om smittefare og smittevern tilpasses og gjøres tilgjengelig med universell utforming på flere språk, herunder de ulike samiske språkene. |
| 2. Bruke relevante informasjonskanaler til informasjonsdeling. En «pasientknapp» på internettsidene til helseforetakene kan gjøre det lettere å søke opp informasjon. |
| 3. Legge til rette for brukermedvirkning i utarbeidelsen av kommunikasjonsstrategi for å sikre at informasjon fra tjenesteyter om tjenestetilbudet og endringer når ut til målgruppene. |
| 4. Legge til rette for å informere befolkningen om at det er trygt å bruke spesialisthelsetjenestene, når man følger gjeldende smittevernråd ved fysisk frammøte. Formulere rådene slik at de forstås som oppfordringer til å bruke tjenestene. |
| 5. Informere om og legge til rette for at pårørende i størst mulig grad kan få ivaretatt sine roller, som pårørende, som ledsagere, og som omsorgspersoner ved alvorlig sykdom og på dødsleier, også i perioder med strenge adgangsrestriksjoner. |
| 6. Gi lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om ordningen med pasientreiser, pasienttransport og ledsagerfunksjon under langvarige hendelser. |

2.2 Poliklinisk tilbud

Et forsvarlig poliklinisk tilbud må være tilgjengelig under en langvarig pandemi. Denne delen av evalueringen omhandler dette temaet.

RBU har kommet med en rekke innspill om områder som bør undersøkes og evalueres knyttet til det polikliniske tilbudet under pandemien, og flere av disse innspillene er omhandlet i dette delkapittelet:

- Videokonsultasjoner: Hvordan har pasienter og pårørende opplevd tilbudet og hvilke konsekvenser har denne dreiningen av tilbudet fått? Hvordan ble det tilrettelagt for grupper som ikke kunne nyttiggjøre seg dette?
- Innhent erfaringer fra de som har fått utsatt behandling og kontroller. Hvilke konsekvenser har utsettelsene fått?
- Pasienter med behov for helsehjelp som ikke opprettholdt kontakten med helsetjenestene. Hva var grunnen til at de uteble?
- Innhent erfaringer fra pårørende. Innen Psykisk helse og rus fikk mange betydelig økte omsorgsoppgaver grunnet nedstengning av helsetjenestene, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

2.2.1 Brukerundersøkelser lokalt (UNN)

I brukerundersøkelsene som er gjennomført i UNN er det gitt noen tilbakemeldinger fra pasienter angående det polikliniske tilbudet. Noen av respondentene har gitt uttrykk for at de fikk god informasjon om time og også god oppfølging og behandling fra poliklinikken, mens andre respondenter har opplevd å miste oppfølgingen og bare har hatt kontakt med poliklinikken via telefonsamtaler. I besvarelsene kommer det frem fra pårørende til psykisk syke barn at de har opplevd at deres barn har fått flere telefonkonsultasjoner avlyst, og når samfunnet har åpnet igjen, opplevd at konsultasjonene likevel ble gjennomført per telefon.

2.2.2 Brukerundersøkelser nasjonalt

I de nasjonale brukerundersøkelsene som er gjennomført, er det polikliniske tilbudet blitt trukket frem av flere av respondentene i de ulike undersøkelsene.

2.2.2.1 Covid-19: Reaksjoner hos brukere av behandlingstilbud for psykiske vansker og rusproblemer

I tversnittstudie, gjennomført av ansatte fra Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken, og fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, var de inviterte alle voksne personer, 18 år og oppover, som hadde brukt behandlingstilbud mellom 1. mai 2019 og 10. mai 2020 ved fem distriktpsikiatriske sentre i Viken. Selv om dette er en lokal undersøkelse for Viken, vurderes den som relevant også for behandlingstilbudet i Nord-Norge. Resultatene er i tråd med bekymring fremmet av brukerorganisasjoner og fagpersoner om at covid-19-pandemien kan ha bidratt til å forverre den psykiske helsen til mange med eksisterende psykiske vansker og rusproblemer.

Studien konkluderer med at behandlingen og behandlerne i psykisk helsevern og rusavdelingene har hatt stor betydning for brukerne under pandemien, men tilgjengeligheten av behandlingstilbudet har vært redusert på en måte som var belastende og knyttet til stressreaksjoner, angst, depresjon, ensomhet, selvmordstanker

og somatiske smerter hos brukerne. Det ville vært positivt for brukerne at helsetjenestene sikret kontinuiteten i behandlingstilbudene gjennom pandemien.

2.2.2.2 Konsekvenser av covid-19 for funksjonshemmede og kroniske syke

Undersøkelsen, gjennomført av FFO i perioden 18. mai til 18. august 2020, kartla hvilke konsekvenser smitteverntiltak og smittefare har hatt for funksjonshemmede og kronisk syke. Resultatene viser at smitteverntiltakene under covid-19-pandemien har rammet mennesker med behov for terapi og trening spesielt hardt og har ført til forverring av sykdom, redusert funksjonsnivå og mer smerter. For noen har forverringen vært permanent, mens mange håpte å få tidligere funksjonsnivå tilbake. Kommentarene viser at fravær av tjenester og den generelle nedstengningen av samfunnet har påvirket den psykiske helsen negativt for svært mange, med depresjon, angst og følelse av isolasjon.

FFO har vurdert at læringspunkter fra undersøkelsen for kommende smitteutbrudd av covid-19, eller andre tilsvarende pandemier, er at det er viktig å opprettholde terapi- og treningstilbud så langt mulig for funksjonshemmede og kronisk syke. Tjenester som kan tilbys via video eller telefon, må på plass dersom det ikke allerede tilbys.

2.2.2.3 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020 - samlerapport

Helsetilsynet gjennomførte i perioden 1.-15. september 2020 en undersøkelse blant medlemmer av seks brukerorganisasjoner¹. Samlerapporten, datert november 2020, viser til at det er store variasjoner i pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020.

Helsetilsynet har lagt særlig vekt på funn som går igjen på tvers av organisasjonene, men de viser til at funnene likevel ikke er representative for alle brukere, pasienter og pårørende, fordi pandemien ikke har hatt samme konsekvenser for alle. Om lag en tredjedel av respondentene opplevde at tjenestene fortsatte som før og cirka 2 prosent at de fikk mer tjenester enn de har hatt tidligere. Samtidig var det en stor andel av respondentene som oppga at både helse og livskvalitet var den samme som før pandemien, henholdsvis 65 og 45 prosent.

Viktige forhold som er trukket frem i rapporten er at 60 prosent av respondentene opplevde da undersøkelsen ble gjennomført, at tjenester fortsatt ikke var tilbake på nivået de var før pandemien. Dette gjaldt særlig sårbare brukere og pasienter, fordi de har behov for omfattende og/eller sammensatte tjenester. En stor andel sammenlignet med de øvrige gruppene, opplevde at helse og livskvalitet var dårligere enn før pandemien. Undersøkelsen viser også til at det ser ut til at det er pårørende som i stor grad har kompensert for bortfall av tjenester.

¹ Norges Handikapforbund, Norsk Forbund for Utviklingshemmede, Landsforbundet for utviklingsligningshemmede og pårørende, Landsforeningen for barnevernsbarn og Norges Parkinsonforbund, i tillegg til respondenter fra fast brukerpanel tilknyttet Kreftforeningen.

2.2.2.4 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020 - delrapport

Fokusgruppeintervju, gjennomført av Voksne for Barn, som del av Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynets samarbeidsprosjekt, viser at behandlingsopplegg som er utviklet og vanligvis fungerer i fysiske møter, ikke uten videre kan oversettes til en digital løsning.

Tjenestene må planlegge for hvordan de kan fortsette å gi de mest sårbare et tilbud, selv under svært strenge smittevernkrav. I analysen kom det frem to temaer som er relevante i denne sammenhengen også for spesialisthelsetjenesten:

1) Alternativer til fysisk møte

- a) Deltakerne savnet kroppsspråk og gruppedynamikk som ble borte i digitale terapiløsninger de hadde erfaring med.
- b) Deltakerne var villig til å strekke seg langt for å få til fysiske møter med tjenestene.

2) Relasjon til pårørende.

- a) Pårørende kompenserte for uforutsigbarhet og mangler ved tjenestetilbud.
- b) Deltakerne erfarte at pårørendes arbeid ble vanskeligere knyttet til skiftende og uklare regler for når pårørende kunne være med i møter med tjenestene.
- c) Deltakernes erfaringer var at begrensinger for pårørende påvirket både brukeren som trengte hjelp, og den pårørende selv.

Et læringspunkt fra undersøkelsen er at deltakerne erfarte at de i for liten grad fikk medvirke i endringer og/eller avslutning av eget tjenestetilbud.

2.2.2.5 Statusrapport 1: Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien

Bufdirs rapport viser til at en stor del av interesseorganisasjonene og fagforeningene erfarte at møter og konsultasjoner ble kansellert som følge av frykt for smitte, fordi man trodde at man ikke kunne møte grunnet smittevernhensyn, eller fordi man tenkte at de ikke vil belaste helsetjenester. Flere organisasjoner rapporterte at det ble jobbet hardt for å følge opp denne pasientgruppen, blant annet ved hjelp av digitale hjelpemidler. Det blir imidlertid vist til at videokonsultasjoner i mange tilfeller ikke kan erstatte vanlige konsultasjoner, som eksempelvis ved observasjoner i utredningssammenheng. Rapporten viser også til at flere ikke ønsket å gjennomføre videokonsultasjoner, selv om de fikk tilbud om dette, på grunn av smittefrykt eller at man ville vente til fysiske møter igjen ble mulig. Mange av organisasjonene ønsket tydelige retningslinjer for drift av tjenestene fremover, for å sikre en helhetlig og ensartet tilnærming til utfordringene tjenestene står overfor som følge av pandemien og smitteverntiltakene.

I spesialisthelsetjenesten ble ansatte omdisponert for å øke beredskapen mot covid-19. I akuttfasen etter 12. mars 2020 var slike omdisponeringer utvilsomt riktig.

Det fremkommer i rapporten at FHI vurderte at det var vanskelig å se begrunnelsen for at det fortsatt måtte være slik i slutten av april 2020. De mente det burde være mulig å tilbakeføre personell til vanlig virksomhet, og så heller omdisponere på nytt hvis smitten igjen skulle øke eller det av andre grunner relatert til utbruddet, var behov for omdisponering av personell.

Enkelte bruker- og interesseorganisasjoner har hatt synspunkter om endringer i tjenestetilbudet som følge av avbestillinger/ «ikke-møtt». FFO har erfart at flere ikke møtte til timer av redsel for smitte, eller at de trodde de ikke skulle møte, noe som har gått utover behandling og oppfølging. Noen har også tenkt at de ikke skulle belaste helsetjenesten, og har ikke tatt ikke kontakt selv om de burde det. Unge funksjonshemmede meldte om at de ikke opplevde at barn/familier selv avbestilte eller ikke møtte, men at tilbudene ble redusert.

2.2.3 Pasient- og brukerombud

Evalueringsgruppa har forespurt pasient- og brukerombudene om deres inntrykk av hvordan ivaretagelsen av prioriterte, sårbare pasientgrupper har vært under pandemien. Ombudene vurderte at pasienter i stor grad har hatt tilgang til tjenester, men at det tok for lang tid å gjenvinne balanse mellom beredskap og ordinær drift. Innenfor den polikliniske virksomheten i sykehusene, har det ikke vært mange henvendelser, men fordi pasientrettighetene ble suspendert for en periode, var ombudene spesielt oppmerksom på eventuell negativ effekt av dette.

Ombudet i Nordland har påpekt at pasienter har klaget på utsettelse av behandling og økte ventetider. Det har vært henvendelser knyttet til kreftpakkeforløp og andre alvorlige somatiske lidelser, spesielt hvor pasientforløp involverte flere helseforetak og flere sykehus. Enkelte forløp har stoppet grunnet forflytting fra eks. Mo i Rana til Bodø og/eller til Tromsø. Det har også vært noen henvendelser som gir grunn til bekymring knyttet til barn og unge, hvor de har blitt tilbudt poliklinisk konsultasjon, fysisk eller digitalt, i stedet for innleggelse. Tilbudet generelt innen psykisk helsevern for barn og unge er vurdert å være ivare tatt i tilstrekkelig grad av DPS-er og akutteneheter, men det er opplevd en svekkelse i tilbudet, spesielt knyttet til bortfall av tjenester og økt ventetid innen psykisk helsevern voksne.

Ombudet i Troms har opplyst at de har mottatt få henvendelser, men de registrerte at det i noen saker ikke var mulig for pasienten å få en fornyet vurdering. Videre ble det kommentert at etter at pasientrettighetene igjen var virksomme fra oktober 2020, var det en tendens til at UNN ikke meldte fra om fristbrudd til Helfo, og ombudet i Troms har stilt spørsmål ved om UNN i tilstrekkelig grad sikret at intern praksis ble endret i tråd med gjeninnføringen av pasientrettighetene. Ombudet i Troms har ikke mottatt mange henvendelser om manglende tilbud for barn og unge innen psykisk helsevern,

selv om behandlingsaktiviteten ble redusert. Det er meldt om fravær av kontaktpunkter ved spørsmål om videre behandling og oppfølging innen føde-/barseltilbudet.

De fleste av klagenes til ombudet i Finnmark har vært knyttet til ventetider, men det har ikke vært noen klager i forbindelse med nedstengningen av Hammerfest sykehus i oktober/november 2020. Holdningen i Finnmark oppleves å ha vært "får bare vente". Det har ikke vært klager knyttet til manglende tilbud for barn og unge. I ombudets møte med ungdomsråd, har ungdomsrådet trukket fram bruk av digitale medier for kommunikasjon/poliklinisk konsultasjoner med spesialisthelsetjenesten, og at kommunikasjonen må være rigget i forhold til ungdommenes behov. Ombudet har heller ikke mottatt klager knyttet til manglende kreftbehandling.

Pasient- og brukerombudene har også i sine årsmeldinger for 2020 trukket frem at, i og med at en del tjenester ble sterkt redusert eller midlertidig stengt, var deres bekymring sårbare pasientgrupper som pasienter med psykiske vansker og pasienter med rus og avhengighetsproblemer. Kombinasjonen mellom redusert hjelp og mer isolasjon, som pandemien medførte for alle, er forventet å ha hatt en negativ effekt. De mer langsiktige konsekvenser pandemien kan ha medført for disse gruppene, er uavklart.

2.2.4 Brukerutvalg og ungdomsråd

De polikliniske tilbudene ble redusert ved pandemiens start i mars 2020, men mange polikliniske undersøkelser ble gjennomført som video- eller telefonkonsultasjoner. Både brukerutvalg og ungdomsråd har vært opptatt av om tjenestetilbudet har vært tilgjengelig, til tross for pandemien.

- Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset ble informert i mars 2020 om at det fortsatt ville være en del poliklinisk drift, og at sykehusene skulle gjennomføre så mange konsultasjoner som mulig via video, både i somatikken og innen psykisk helsevern og rus.
- Ungdomsrådet i Nordlandssykehuset stilte i april 2020 spørsmål om pasienter og deres oppmøte. Dette ble besvart med at i midten av mars så foretaket at folk ikke dukket opp til timene sine, og at mange som burde ha vært på sykehuset ikke møtte opp. Videre ble det stilt spørsmål ved hva som skjer med utsatte timer. Det ble gitt informasjon om at foretaket trappet opp aktivitet og prøvde å hente inn etterslepet, og at det ble tatt i bruk mye videokonsultasjoner. Ungdomsrådet var bekymret over at pasienter ikke møtte opp til timen, men så på økningen i antall gjennomførte videokonsultasjoner som veldig positiv.
- Brukerutvalget i Nordlandssykehuset ble i juni 2020 informert om at barn og ungdom i liten grad har blitt syke, og at når det gjaldt barnetilbudet ved poliklinikkene/kontroll, var det en økning i videokonsultasjoner. Ungdomsrådet ga via brukerutvalget innspill om at de som hadde vært i kontakt med sykehuset fortalte om kreative, digitale løsninger.

2.2.5 Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE)

SKDE-rapporten tar for seg det polikliniske tilbudet i starten av pandemien og fram til høsten 2020. Et sentralt funn jf. rapporten er at «til tross for et tydelig redusert omfang av innleggelser sammenlignet med 2019 i perioden mars-april, mindre for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, er det samlede sørge-for-ansvaret ivaretatt i første halvår 2020. Denne vurderingen er basert på at det samlede volumet for elektiv poliklinikk/dagbehandling i stor grad er opprettholdt, og for pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser ser man faktisk en liten økning sammenlignet med 2019».

2.2.5.1 Psykisk helsevern og rusbehandling

SKDE-rapportens kapittel 4 omhandler tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling, og det polikliniske tilbudet er oppsummert som følgende: «...et forsiktig fall i elektiv aktivitet for mars, sammenlignet med fjoråret. Her var nedgangen litt større for polikliniske konsultasjoner og dagbehandling enn den var for døgnbehandling. For april var situasjonen en helt annen, da var poliklinikk/ dagbehandling tilbake til normalt nivå (...) Når det gjelder poliklinikk/dag, er det i stor grad økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner som gjorde at man klarte å opprettholde fjorårets volum.»

I rapportens tabell 4.1 er det en oversikt over aktiviteten innenfor de enkelte opptaksområder i Norge for perioden mars-mai og juni-september 2020 sammenlignet med 2019. Denne oversikten viser at den elektive polikliniske aktiviteten i opptaksområdet til Helgelandssykehuset har vært noe lavere i begge perioder i 2020 enn 2019, mens i opptaksområdet til Nordlandssykehuset viser poliklinisk ø-hjelp vesentlig lavere aktivitetstall i 2020 enn 2019.

Opptaksområde	Mars-mai				Juni-september			
	Elektiv		Øyeblikkelig hjelp		Elektiv		Øyeblikkelig hjelp	
	Døgn	Poli/Dag	Døgn	Poli/Dag	Døgn	Poli/Dag	Døgn	Poli/Dag
Akershus	66,8 %	98,0 %	109,7 %	105,4 %	78,3 %	104,8 %	123,6 %	128,7 %
Bergen	81,2 %	94,3 %	99,6 %	71,9 %	96,9 %	97,4 %	110,0 %	110,1 %
Diakonhjemmet	85,5 %	104,0 %	94,4 %	74,6 %	86,1 %	112,9 %	111,7 %	72,4 %
Finnmark	72,1 %	107,7 %	84,6 %	101,4 %	81,4 %	113,2 %	103,6 %	103,3 %
Fonna	49,6 %	88,9 %	70,4 %	73,6 %	57,8 %	93,3 %	81,1 %	84,8 %
Førde	83,3 %	100,6 %	97,8 %	53,8 %	97,2 %	96,6 %	85,0 %	72,0 %
Helgeland	77,2 %	92,9 %	83,1 %	133,5 %	89,5 %	97,1 %	106,0 %	162,5 %
Innlandet	69,0 %	100,3 %	85,0 %	80,9 %	77,7 %	102,0 %	106,9 %	99,5 %
Lovisenberg	83,3 %	93,1 %	84,4 %	66,4 %	84,0 %	103,3 %	101,1 %	63,4 %
Møre og Romsdal	61,0 %	95,9 %	96,1 %	56,0 %	81,7 %	103,3 %	93,9 %	71,3 %
Nordland	70,8 %	99,4 %	86,1 %	25,6 %	75,8 %	109,0 %	91,7 %	63,1 %
Nord-Trøndelag	91,1 %	88,5 %	82,8 %	134,0 %	78,7 %	101,1 %	103,9 %	83,1 %
Østfold	78,8 %	101,8 %	79,5 %	79,9 %	81,6 %	106,6 %	92,6 %	108,1 %
OUS	74,3 %	96,2 %	81,0 %	76,3 %	80,6 %	107,4 %	96,6 %	87,6 %
Sørlandet	77,8 %	92,9 %	85,4 %	122,0 %	91,1 %	101,9 %	90,6 %	124,9 %
St. Olavs	84,6 %	103,1 %	84,2 %	69,8 %	103,5 %	103,4 %	96,1 %	104,6 %
Stavanger	81,1 %	97,4 %	99,0 %	81,0 %	88,9 %	100,3 %	97,5 %	160,7 %
Telemark	81,0 %	107,7 %	82,6 %	66,5 %	103,2 %	106,5 %	92,4 %	102,0 %
UNN	80,3 %	100,1 %	96,0 %	143,5 %	81,0 %	105,9 %	95,5 %	130,7 %
Vestfold	92,0 %	119,6 %	116,0 %	123,8 %	110,7 %	124,3 %	131,4 %	112,7 %
Vestre Viken	67,0 %	89,9 %	94,0 %	59,7 %	90,9 %	92,7 %	92,8 %	78,5 %

Kilde: SKDE-rapportens tabell 4.1 - Oversikt over aktiviteten innenfor de enkelte opptaksområder i Norge for perioden mars-mai og juni-september 2020 sammenlignet med 2019

Det er også sett på andel polikliniske konsultasjoner utført som henholdsvis telefon- eller videokonsultasjoner, jf. tabell 4.2 i rapporten. Denne viser at andel videokonsultasjoner for elektiv aktivitet for alle foretakene i Helse Nord har ligget vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet.

2.2.5.2 Somatikk

I SKDE-rapporten delkapittel 3.2.2. oppsummeres det med at for planlagt somatisk dag- og poliklinisk behandling var reduksjonen størst for bosatte i opptaksområdene tilhørende Helse Nord i mars – mai sammenlignet med 2019. I kapittel 7.5 omtales aktiviteten innenfor somatikken, og den viser til at i juni er den polikliniske aktiviteten innen somatikken oppe på 2019 nivå. I september er antall polikliniske opphold 5 prosent over 2019 nivået. Tabell B.14, vedlegg B.2, viser at den somatiske aktiviteten for perioden januar – september er 5 prosent lavere enn for 2019 i Helse Nord, noe som samsvarer med landsgjennomsnittet.

Helse Nord	422 320	399 317	-23 003	-5 %
Finnmarksykehuset OO	64 656	61 288	-3 368	-5 %
Helgelandssykehuset OO	78 900	73 459	-5 441	-7 %
Nordlandssykehuset OO	121 740	114 120	-7 620	-6 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge OO	157 024	150 450	-6 574	-4 %

Kilde: SKDE-rapportens tabell B.14, vedlegg B.2

2.2.5.3 Ventetider samlet for all aktivitet

Tabell 7.3 i SKDE-rapporten omhandler antall ventende per september i 2019 og i 2020, med antall og prosentvis endring, fordelt på opptaksområder.

Ventende per september 2020

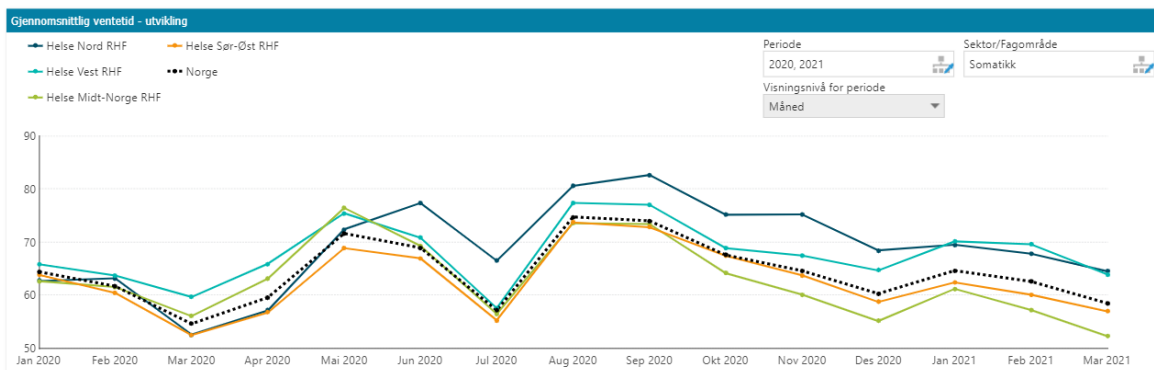
Regioner	Ventende 2019	Ventende 2020	Endring i 2020	
Helse Midt	28275	27613	-662	-2,3 %
Helse Nord	24839	28886	4047	16,3 %
Helse Sør-Øst	114992	117376	2384	2,1 %
Helse Vest	43192	44340	1148	2,7 %

Kilde: SKDE-rapportens tabell 7.3

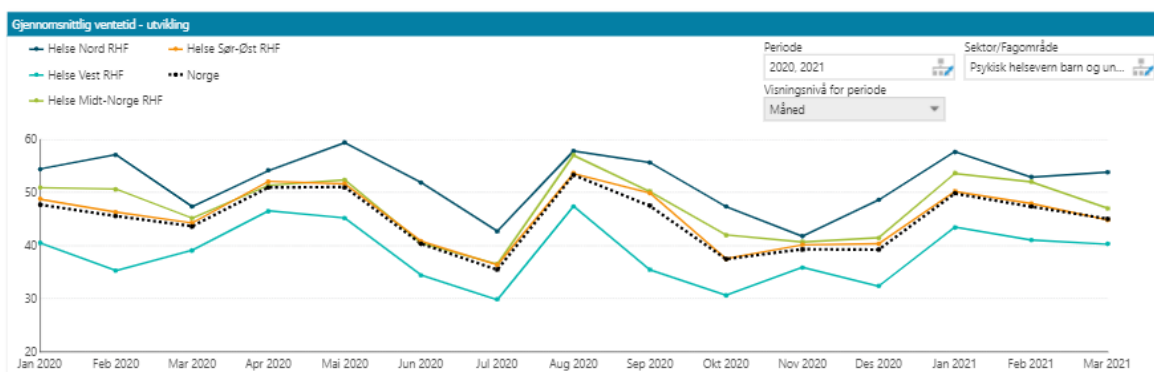
Rapporten viser til at på landsbasis er antall ventende 3,3 prosent høyere enn i samme periode i 2019, samtidig med at henvisningsvolumet er redusert. Tallene viser en bekymringsfull utvikling per september for Helse Nord samlet.

Evalueringsgruppa har hentet ventelistetall fra NPR-statistikk på Helsedirektoratet.no per mars måned 2021 for sektorene/fagområdene somatikk, psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og rusbehandling. Tallene viser at ventetidene for ordinært avviklede er høyere enn for de øvrige tre regionene, men ventetidene er i stor grad tilbake på nivået før pandemien jf. figurene 1 - 4 nedenfor.

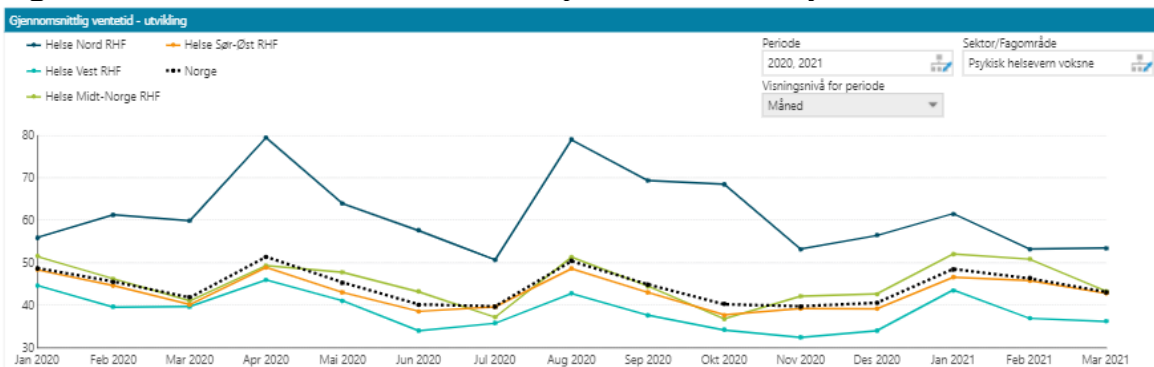
Figur 1 – Ventetider, ordinært avviklede per mars 2021, Somatikk



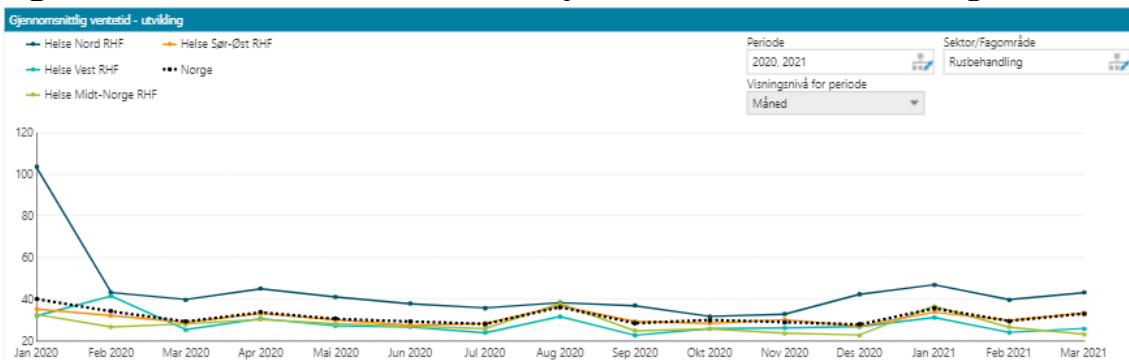
Figur 2 – Ventetider, ordinært avviklede per mars 2021, Psykisk helsevern barn og unge



Figur 3 – Ventetider, ordinært avviklede per mars 2021, Psykisk helsevern voksne



Figur 4 – Ventetider, ordinært avviklede per mars 2021, Rusbehandling



Kilde figur 1-4: [Helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter](https://helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter)

2.2.6 Oppsummering og læring

2.2.6.1 Oppsummering

Det fremkommer fra alle kildene som evalueringsgruppa har gjennomgått, at det fysiske polikliniske tilbudet i varierende grad har blitt erstattet med digitale konsultasjoner underveis i pandemien. Spesielt fra ungdom har digitale konsultasjoner blitt fremhevet som positivt. Det fremkommer likevel at behandlingsopplegg som er utviklet og vanligvis fungerer i fysiske møter, ikke uten videre kan oversettes til en digital løsning, og at tilbudet ikke nødvendigvis har vært tilpasset alle pasientgrupper og deres pårørende. Dette samsvarer også med Koronakommisjonens vurdering knyttet til bruk av e-konsultasjoner, jf. rapporten side 334: *«Konsultasjoner som normalt ville foregått ved frammøte, ble for mange pasienter erstattet av konsultasjoner på telefon eller video (e-helsekonsultasjoner). Økt bruk av e-konsultasjoner er en villet og ønsket utvikling både fra myndighetene og fra helsetjenesten, og det er sannsynlig at bruken vil vedvare. Pandemien har gitt helsetjenesten nyttig og viktig erfaring med denne konsultasjonsformen. Det er imidlertid behov for å utarbeide retningslinjer for når e-konsultasjon er egnet og når det ikke bør anvendes. Dette kan bidra til mer kostnadseffektive tjenester i spesialisthelsetjenesten både under en normalsituasjon og ved store kriser, gitt at kvaliteten er tilfredsstillende.»*

Nasjonalt senter for e-helseforskning har i løpet av 2020 gransket effektene på teknologibruk i helsetjenestene, jf. årsrapport 2020. Det har blitt gjennomført undersøkelser og aktiviteter som har resultert i funn som i stor grad samsvarer med Koronakommisjonens vurdering.

- Det ble undersøkt hvordan helsearbeidere brukte videomøter for å møte samarbeidspartnere og eldre pasienter som hadde komplekse og sammensatte behov. Funn i undersøkelsen var at pasienter slapp slitsomme reiser og møter ble mer effektive, men fagfolk etterspurte en overordnet strategi for bruk av videomøter i klinisk praksis.
- I et samarbeid med podcasten HealthTalk ble det spredd informasjon om bruk av digital terapi innen psykisk helsevern. Noen pasienter syntes det var lettere å åpne seg når de så behandleren på en skjerm, men samtidig bør målet være et spekter av både fysiske og digitale helsetjenester.
- I foredrag høsten 2020 ble det fortalt om terapeuters erfaringer med videomøter i pasientbehandlinger innen psykisk helsevern. Videomøter har ført til tettere oppfølging og økt kontinuitet i behandlingen, men trygghet og tillit har blitt utfordret hvis teknologien ikke fungerte. I tillegg har det vært krevende å utøve klinisk skjønn.

Ifølge SKDE-rapporten har andel videokonsultasjoner for elektiv aktivitet for alle foretakene i Helse Nord ligget vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet. Selv om flere av brukerundersøkelsene rapporterer at alle tjenester ikke er tilbake på tjenestetilbudet før pandemien, viser SKDE-rapporten side 13 at *«til tross for et tydelig redusert omfang av innleggelses sammenlignet med 2019 i perioden mars-april, mindre for pasienter med*

alvorlige psykiske lidelser, er det samlede sørge-for ansvaret ivaretatt i første halvår 2020. Denne vurderingen er basert på at det samlede volumet for elektiv poliklinikk/dagbehandling i stor grad er opprettholdt, og for pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser ser man faktisk en liten økning sammenlignet med 2019».

Ett område som likevel gir grunn til bekymring, basert på rapporten «Covid-19: Reaksjoner hos brukere av behandlingstilbud for psykiske vansker og rusproblemer», er at pandemien kan ha bidratt til å forverre den psykiske helsen til mange med eksisterende psykiske vansker og rusproblemer, grunnet redusert tilgjengelighet av behandlingstilbud. Dette understøttes også av at ventetidene innenfor alle sektorer/fagområder i Helse Nord er på et høyere nivå enn for de andre tre regionene, spesielt innenfor psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.

2.2.6.2 Bevaringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende bevaringspunkter på tema poliklinisk tilbud:

2. Videreføre bruk av digitale tjenester for pasientgrupper og behandlingstilbud hvor dette er egnet.
3. Videreføre forskning på og utvikling av digitale konsultasjoner som utrednings- og behandlingstilbud.

2.2.6.3 Forbedringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende forbedringspunkter på tema poliklinisk tilbud:

7. Prioritere og legge til rette for og fysiske konsultasjoner for pasientgrupper hvor digitale løsninger ikke er egnet.
8. Sikre opprettholdelse av behandlingstilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling under langvarige hendelser.

2.3 Dag- og døgnopphold

Mange pasienter har hatt behov for innleggelse under pandemien, både akutte, planlagte og grunnet covid-19-sykdom. Denne delen av evalueringen omhandler både dag- og døgnopphold.

RBU har kommet med en rekke innspill om områder som bør undersøkes og evalueres knyttet til dag- og døgntilbudet under pandemien. Flere av disse samsvarer med innspillene som er omtalt i kap. 2.2, men enkelte innspill er også omhandlet i dette delkapittelet.

- Innliggende pasienter som har bodd på pasienthotell har ikke fått reise hjem og ikke hatt mulighet til besøk. Hvordan har de opplevd denne perioden?
- Innhent erfaringer fra de som har fått utsatt behandling og kontroller. Hvilke konsekvenser har utsettelsene fått?
- Pasienter med behov for helsehjelp som ikke opprettholdt kontakten med helsetjenestene. Hva var grunnen til at de uteble?

- Regionalt brukerutvalg har fått informasjon om at pasienter innen psykisk helsevern og TSB i starten av pandemien følte seg presset til å skrive seg ut for tidlig. Flere ble utskrevet til dårlige boforhold og mangelfulle oppfølgingstiltak.
- Konsekvensene av utsatt behandling og for tidlige utskrivelser bør undersøkes.
- Hvordan har pasientene opplevd kontakten med pasientreiser, inkl. endringer i mulighet til å ha med ledsager.

2.3.1 Brukerundersøkelser lokalt (UNN)

Basert på tilbakemeldinger til UNNs brukerundersøkelse har det vært flere pasienter og pårørende som har savnet å ha med seg en pårørende, spesielt i forbindelse med fødsel og barsel.

2.3.2 Brukerundersøkelser nasjonalt

En gjennomgang av en rekke brukerundersøkelser har ikke vist at det har fremkommet spesielle forhold eller svakheter knyttet til innleggelse i sykehus under pandemien. Men i Helsetilsynets rapport har det fremkommet at de som allerede var i behandlingsforløp opplevde blant annet at planlagt innleggelse og behandling i spesialisthelsetjenesten ble avlyst eller utsatt på ubestemt tid. Oppsummert har respondentene i undersøkelsen besvart at *«De var alle enige om at den viktigste meldingen fra dem var at tjenestene må planlegge for hvordan de kan fortsette å gi de mest sårbare et tilbud selv under de strengeste smittevernskrav»*.

2.3.3 Pasient- og brukerombud

Det fremkom i intervjuet med pasient- og brukerombudene at ombudet i Nordland har hatt henvendelser knyttet til kreftpakkeforløp og andre alvorlige somatiske lidelser, hvor pasientforløp involverer flere helseforetak og sykehus. Dette har vært opplevd som problematisk. Forløp har blitt stoppet når pasienten fra eks. Mo skal videre til Bodø eller til Tromsø. Det har også vært henvendelser som gir grunn til bekymring, hvor unge har blitt forespeilet innleggelse, men har fått alternativt tilbud grunnet nedstengelse av døgnetenheten i Bodø.

I årsmeldingen for Troms for 2020 fremkommer det at det har manglet oppfølging etter utskrivning innen psykiatri- og rusfeltet, selv om dette ble lovet. Enkelte pasienter erfarte at dette løftet ikke ble holdt. Når de i tillegg ikke hadde et tilbud i kommunen, ble situasjonen spesielt krevende for enkelte i pasientgruppa. Noen fortalte i ettertid om den store ensomheten og om betydelig selvmedisinering. Dette har spesielt vært gjeldende ved Åsgård i Tromsø. Det er også påpekt at det har vært manglende kontaktpunkter ved spørsmål om videre behandling og oppfølging etter fødsel.

Videre er det opplyst i årsmeldingen for Troms at ombudet ble kontaktet av pasienter med behov for ortopedisk kirurgi, som hadde fått utsatt planlagt undersøkelse eller behandling. I noen tilfeller fremsto dette som forsvarlig. En del pasienter var imidlertid sterkt smerteplaget på grunn av sin ubehandlede tilstand. Ombudet har konkludert med at det i enkelte tilfeller kan reises tvil omkring forsvarlighetsvurderingen som ble

foretatt, i og med at smerteplager hos pasienten er ett av vurderingskriteriene når man skal ta stilling til om helsehjelpen er forsvarlig.

2.3.4 Brukerutvalg og ungdomsråd

Brukerutvalgene har vært opptatt av om pasienter har blitt ivaretatt ved innleggelser under pandemien.

- Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset fikk i mars 2020 informasjon om at de som var syke og trengte innleggelse, ville få dette, og at tilbudet til barn, kreftsyke, gravide og fødende ville gå som normalt.
- I april 2020 uttrykte Brukerutvalget i Nordlandssykehuset bekymring for at utskrivningen av pasienter skjedde for tidlig, og at inntaksstopp av pasienter innenfor psykiatrien førte til at pasienter ble sendt hjem for tidlig. Brukerutvalget hadde fått rapporter om tilbakefall. Det ble også uttrykt bekymring over at allmenpsykiatrisk døgnpost ble stengt i forbindelse med koronaepidemien, noe som skulle følges opp i Overordnet Samarbeidsorgan (OSO).
- Brukerutvalget i Nordlandssykehuset fikk informasjon i juni 2020 om at fødeavdelingen i Lofoten skulle holdes åpen hele sommeren.
- I UNN ble brukertutvalget i desember 2020 informert om at det er utarbeidet en beredskapsplan for å skalere opp både senge- og intensivkapasiteten for å ivareta covid-19 pasienter ved behov. Det ble videre informert om at Tromsø kommune ikke hadde kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra UNN, noe som førte til ekstra utfordringer i beredskapen for covid-19 pasienter.

2.3.5 Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE)

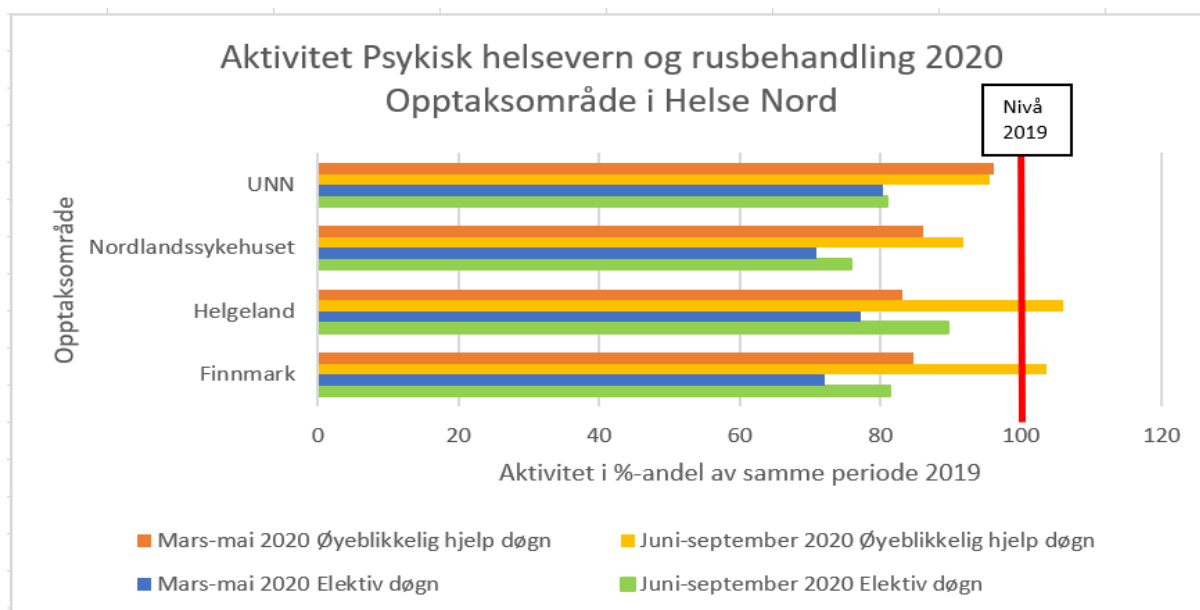
Helsedirektoratets «Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien» ga rammer for hvordan spesialisthelsetjenesten i en utfordrende ressursituasjon skulle ivareta pasienter. Begrensning i planlagt døgnbehandling var viktig både innen somatikk og innen psykisk helsevern og rusbehandling.

2.3.5.1 Psykisk helsevern og rusbehandling

SKDE-rapportens kapittel 3.1 viser til at planlagte og akutte innleggelser ble redusert for psykiatriske pasienter.

Basert på data fra tabell 4.1 i 2.2.5.1, viser figuren nedenfor prosentandel sammenlignet med samme periode i 2019, for døgnopphold innen elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp for opptaksområdene i Helse Nord.

Figur 5 – Døgnopphold for elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp innen psykisk helsevern og rusbehandling sammenlignet med samme periode 2019



Kilde: Data basert på SKDE-rapporten figur 4.1

Som figuren viser var antall døgnopphold innen psykisk helsevern og rusbehandling for perioden mars – september 2020 ikke på lavere nivå enn for samme periode for 2019, med unntak for øyeblikkelig hjelp i Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset.

2.3.5.2 Somatikk

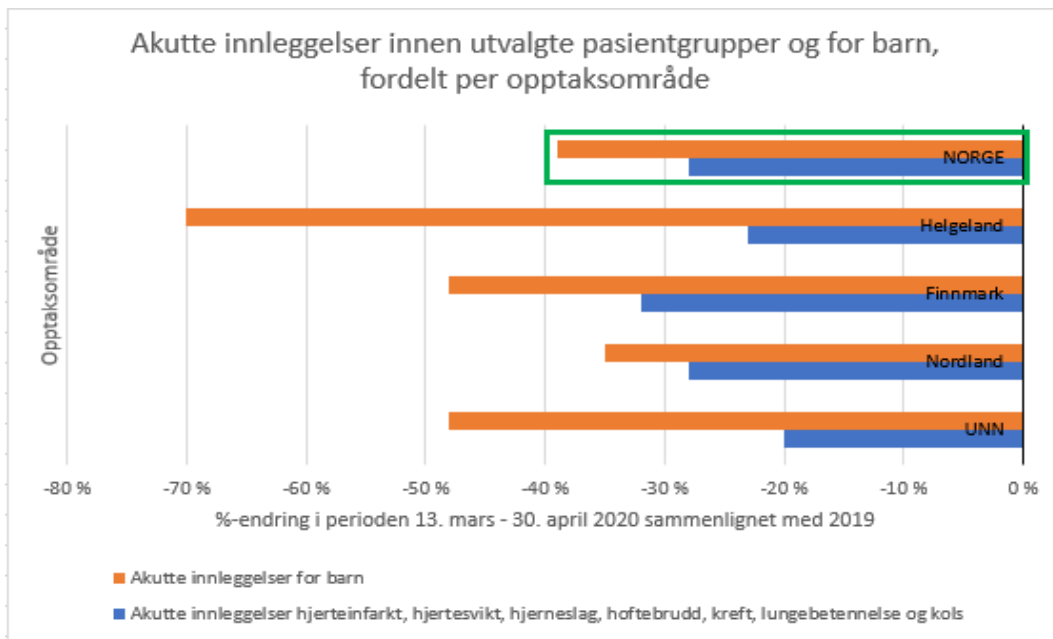
I SKDE-rapportens kapittel 5 om somatiske tjenester er følgende to problemstillinger forsøkt besvart:

- Hvilken påvirkning hadde covid-19-pandemien på akutte innleggelser for voksne og barn i pandemiens første fase, og varierer det mellom opptaksområdene?
- Hvordan ble pasientgrupper som trenger nødvendige helsetjenester (hjerneslag, hjertesvikt, hjerteinfarkt, hoftebrudd, kols, lungebetennelse og kreft) ivaretatt i første fase av covid-19-pandemien og varierer ivaretagelsen mellom opptaksområdene?

Rapporten viser til at for somatiske akuttinnleggelser og planlagte somatiske tjenester var reduksjonen varierende mellom opptaksområdene.

Basert på data fra rapportens tabell 5.3 og 5.6 viser figuren nedenfor prosentandel endring i akutte innleggelser innen utvalgte pasientgrupper og for barn i perioden 13. mars – 30. april 2020, sammenlignet med 2019, fordelt per opptaksområde i Helse Nord. Figuren viser også tallene for Norge.

Figur 6 – Prosentandel endring av i akutte innleggelser innen utvalgte pasientgrupper og for barn sammenlignet med samme periode 2019



Kilde: Data basert på SKDE-rapporten figur 5.3 og 5.6

Figuren viser at for tre av fire opptaksområder i Helse Nord, var reduksjonen i andel akutte innleggelser for barn høyere enn landsgjennomsnittet, mens det for utvalgte pasientgrupper er reduksjoner i større grad tilnærmet eller noe lavere enn landsgjennomsnittet.

Rapportens tabell 5.2 viser at antall akuttinnleggelser der kreft var hoveddiagnose, på landsbasis falt med 20 prosent i ukene etter pandemiutbruddet. SKDE-rapporten oppsummerer i sin rapport at «volumet av kreftkontakter ble redusert i den akutte pandemifasen. Mest overraskende er fallet i akuttinnleggelser for kreft. Kurativ kreftkirurgi ble skjermet og prioritert». Denne oppsummeringen samsvarer med resultatene for alle helseforetakene i Helse Nord, med unntak av UNN, hvor det var en 29 prosent økning i akutte innleggelser i perioden, samtidig med 21 prosent nedgang i kurativ kreftkirurgi.

Opptaksområde	Akutt-innleggelser kreft	Elektive innleggelser kreft	Kurativ kreftkirurgi
Finnmark	-10,6	-13,8	n < 30
UNN	29,4	-12,9	-21,1
Nordland	-3,8	-12,1	-1,7
Helgeland	-23,1	-19,8	7,5
Nord-Trøndelag	-25,8	-9,8	5,6
St. Olavs	5,4	-2,9	-5,2
Møre og Romsdal	-21,9	-20,7	-19,8
Førde	-25,0	-5,0	7,3
Bergen	-22,4	-15,3	2,6
Fonna	0,9	-21,3	-14,3
Stavanger	-42,3	-7,8	14,8
Østfold	-19,3	-10,8	-6,4
Akershus	-9,5	-6,8	-8,4
OUS	-19,8	-5,8	-6,4
Lovisenberg	n < 30	-9,5	-7,7
Diakonhjemmet	-36,4	-31,5	2,0
Innlandet	-29,1	-29,2	-14,7
Vestre Viken	-34,5	-27,6	-1,0
Vestfold	-9,0	16,0	33,0
Telemark	-50,0	-15,8	62,3
Sørlandet	-25,5	-22,2	-17,7
Norge	-20,3	-14,9	-1,6

Kilde: SKDE-rapportens tabell 5.2: Prosentvis endring etter pandemiutbruddet i 2020 for et utvalg aktivitetsmål for kreftbehandling, etter opptaksområde. Endringer relativt til samme periode i 2019.

2.3.6 Oppsummering og læring

2.3.6.1 Oppsummering

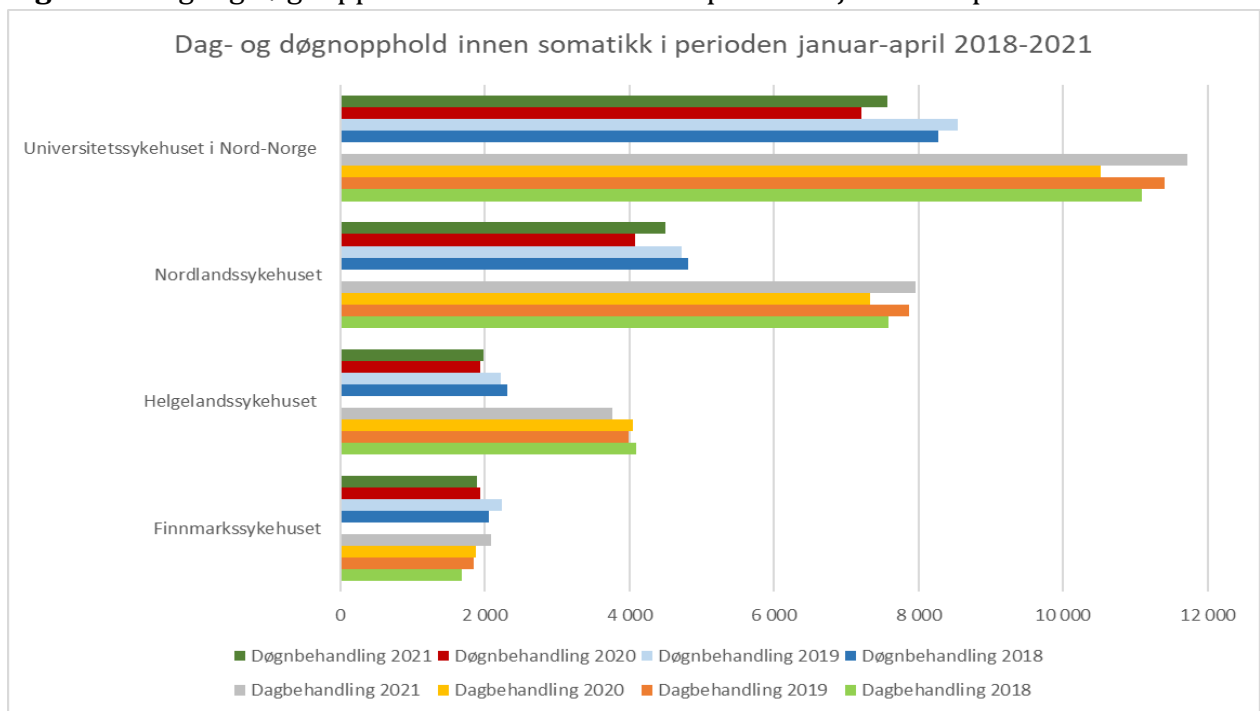
Det som fremkommer fra kildene som evalueringsgruppa har gjennomgått, er at planlagte og akutte innleggelser i varierende grad har blitt påvirket, spesielt i starten av pandemien. I Helsetilsynets rapport har det fremkommet at de som allerede var i behandlingsforløp, opplevde blant annet at planlagt (elektiv) innleggelse og behandling i spesialisthelsetjenesten ble avlyst eller utsatt på ubestemt tid. Dette samsvarer med informasjon fra samtalen med pasient- og brukerombudene om forløp som har blitt stoppet, spesielt ved overflytting fra et sykehus til et annet, og at unge innen psykiatrien har fått alternativt tilbud til innleggelser grunnet nedstengelse. Denne informasjon samsvarer også med brukerutvalget i NLSH sin bekymring om at utskrivning av pasienter skjer for tidlig, og at inntaksstopp av pasienter innenfor psykiatrien har ført til at pasienter blir sendt hjem for tidlig. Nedgangen i pandemiens første fase i planlagte og akutte innleggelser, både innen psykisk helsevern og rus og innen somatikk, er godt underbygget med tall og prosenter i SKDE-rapporten. Rapporten viser at det er variasjoner innen de forskjellige fagområdene internt i Helse Nord, men rapporten har konkludert med at «til tross for et tydelig redusert omfang av innleggelser sammenlignet med 2019 i perioden mars-april, mindre for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, er det samlede sørge-for ansvaret ivaretatt i første halvår 2020».

Pasient- og brukerombudene har vurdert at pasienter i stor grad har hatt tilgang til tjenester, men at det tok for lang tid å gjenvinne balanse mellom beredskap og ordinær drift, jf. 2.2.3. Dette samsvarer med Koronakommisjonens vurdering av behandlingsaktivitet innen spesialisthelsetjenesten, jf. rapporten kap. 29.10 er at: «Behandlingsaktiviteten ble også tatt ned i områder av landet og på sykehus hvor det var svært få pasienter med covid-19. Det kan derfor synes som at kapasitetsendringen og

omorganiseringen av driften ble gjennomført for å tilrettelegge for et antall pasienter som aldri kom. Reetableringen av aktivitetene fra juni 2020 viste også variasjon i hvor forberedt sykehusene var. Dette kan illustreres ved at sykehus som hadde hatt et høyt trykk av covid-19-pasienter, avviklet beredskapen tidlig i juni, mens sykehus som hadde behandlet få covid-19-pasienter, fortsatt var i grønn beredskap ved inngangen til september.»

I opptaksområdet til Helse Nord har det generelt vært lave smittetall og få innlagte pasienter med covid-19, noe som burde tilsi at aktivitetstallene i mindre grad burde påvirkes av pandemien. Aktivitetstall fra Helse Nord LIS for dag- og døgnopphold innen somatikk for perioden januar til april 2018-2021, jf. figur 7, viser at det var en økning i dagopphold i 2021 sammenlignet med både 2019 og 2020 i alle helseforetakene med unntak av HSYK, og at antall døgnopphold i 2021 sammenlignet med 2020 er høyere i alle foretakene med unntak av FIN. Ingen av foretakene var per april 2021 på 2019-nivå for døgnopphold.

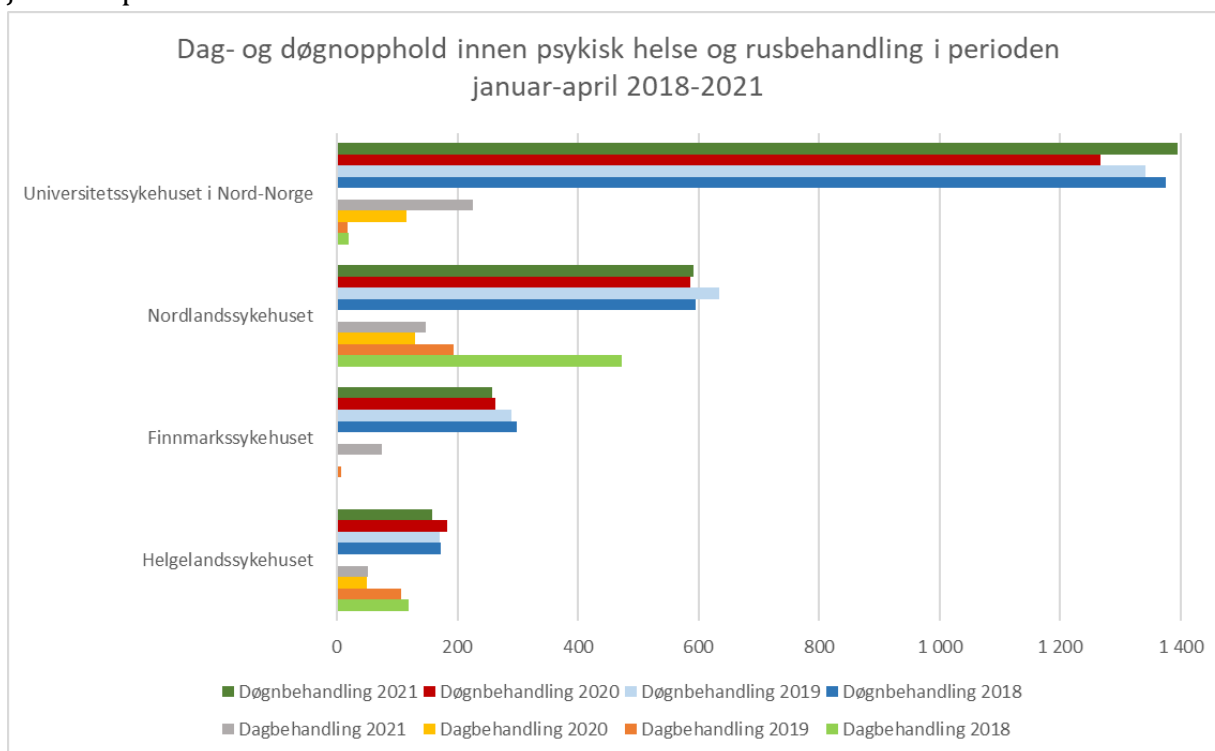
Figur 7 – Dag- og døgnopphold innen somatikk for perioden januar – april 2018-2021



Kilde: Data basert på aktivitetstall i Helse Nord LIS

Aktivitetstall fra Helse Nord LIS for dag- og døgnopphold innen psykisk helsevern og rusbehandling for perioden januar til april 2018-2021, jf. figur 8, viser at det var en økning i dagopphold i 2021 sammenlignet med 2020 i alle helseforetakene, og at antall døgnopphold i 2021 sammenlignet med 2020 er høyere i UNN og NLSH. UNN var per april 2021 over 2019-nivå for døgnopphold.

Figur 8 - Dag- og døgnopphold innen psykisk helsevern og rusbehandling for perioden januar-april 2018-2021



Kilde: Data basert på aktivitetstall i Helse Nord LIS

2.3.6.2 Bevaringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende bevaringspunkter på tema dag- og døgnopphold:

4. Fortsatt prioritere spesialisthelsetjenestetilbudet til sårbare og kritiske pasientgrupper ved vesentlige hendelser som påvirker driften.

2.3.6.3 Forbedringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende forbedringspunkter på tema dag- og døgnopphold:

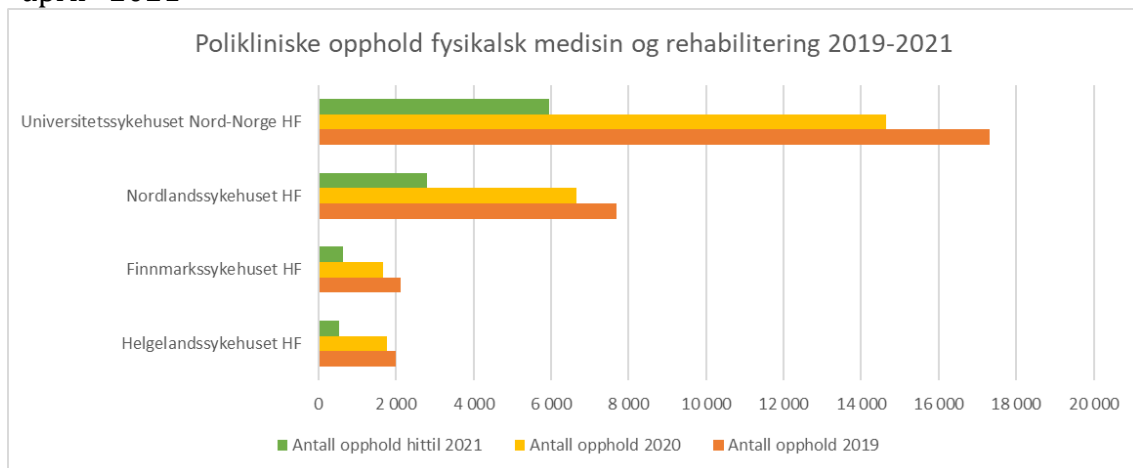
9. Redusere unødvendige variasjoner i behandlingstilbud innen Helse Nord under langvarige hendelser.
10. Klargjøre rutiner for overføring av personell eller behandlingsansvar for å utnytte ledig kapasitet i regionen under en beredskapshendelse.
11. Stimulere til forskning på om konsekvenser av avlysning eller utsettelse av planlagt utredning, behandling og kontroll, har bidratt til svekket fysisk og/eller psykisk helse hos sårbare pasientgrupper.
12. Stimulere til forskning på om reduksjon i akutte innleggelser og rettidig behandling for hjertesvikt, hjerteinfarkt og hjerneslag i pandemiens første fase, har hatt alvorlige konsekvenser for resultat av rehabilitering.

2.4 Rehabilitering

Etter innleggelse grunnet akutt sykdom, planlagte operasjoner eller covid-19-sykdom, kan det være behov for kort- eller langvarig rehabilitering. Pasientene er avhengig av at dette tilbudet er tilgjengelig, og denne delen av evalueringen omhandler dette temaet.

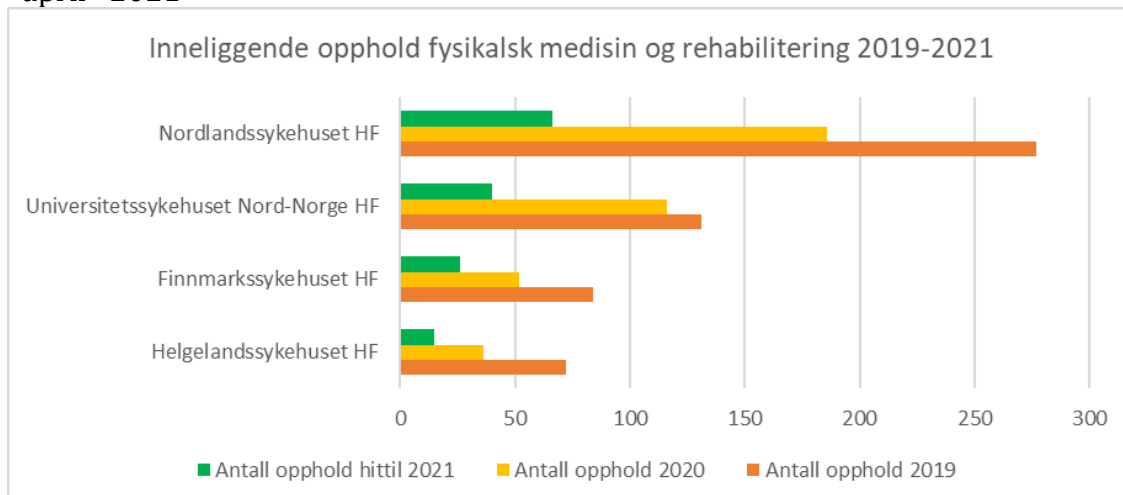
Evalueringsgruppa har hentet data fra Helse Nord LIS knyttet til omfanget av fysikalsk medisin og rehabilitering i helseforetakene i Helse Nord i perioden 2019 – april 2021. Tallene viser at det er en nedgang i polikliniske opphold i alle helseforetakene fra 2019 til 2020, jf. figur 7. Tallene for hittil i 2021 kan tyde på at antall polikliniske opphold nærmer seg 2019-nivå for to av foretakene.

Figur 9 – Polikliniske opphold fysikalsk medisin og rehabilitering i perioden 2019 – «april» 2021



Figur 8 viser at det også har vært en nedgang i inneliggende (dag og døgn) opphold innen fysikalsk medisin og rehabilitering fra 2019 til 2020. Nedgangen har vært forholdsvis høy i tre av foretakene, men tallene per april 2021 kan tyde på at antall opphold igjen nærmer seg 2019-nivå for tre av foretakene.

Figur 10 – Inneliggende opphold fysikalsk medisin og rehabilitering i perioden 2019 – «april» 2021



I tillegg til ovennevnte data er det hentet inn tall for 2019 og 2020 for dag- og døgnopphold i rehabiliteringsinstitusjonene som Helse Nord har avtale med. Disse dataene viser at det er en nedgang både i dag- og døgnopphold med unntak for Skibotn senteret.

Avtaleinstitusjon	2019			2020			Endring 2019-2020		
	Dagopphold, ant. døgn	Døgnopphold, ant. pas	Døgnopphold, ant. døgn	Dagopphold, ant. døgn	Døgnopphold, ant. pas	Døgnopphold, ant. døgn	Dagopphold, ant. døgn	Døgnopphold, ant. pas	Døgnopphold, ant. døgn
Opptreningssentret i Finnmark	809	425	8087	688	398	7517	-121	-27	-570
Skibotn senteret	0	262	5056	0	503	5294	0	241	238
Vigør	709	1031	17639	295	872	10213	-414	-159	-7426
Valnesfjord Helseportssenter	39	771	13353		517	9436	-39	-254	-3917
Nordtun	1	518	9010	0	300	5089	-1	-218	-3921
Helgeland rehabilitering	14	190	3156	2	161	2691	-12	-29	-465
Stamina Helse, Bodø	5466	0	0	5133	0	0	-333	0	0
Stamina Helse, Tromsø	3797	0	0	2364	0	0	-1433	0	0
Totalt	10835	3197	56301	8482	2751	40240	-2353	-446	-16061

Tabell 1 - Dag- og døgnopphold i private rehabiliteringsinstitusjoner 2019-2020

Data i tabellen over er hentet fra Norsk Pasientregister (*NPR Rapport IS-2986 Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2020*) og supplert med egenrapporterte tall fra ViGØR som grunnet overgang til nytt journalsystem, hadde feil i rapporteringen til NPR for 2020.

2.4.1 Brukerundersøkelser/ forskningsartikler nasjonalt

Rehabilitering har i liten grad blitt omtalt i de nasjonale brukerundersøkelsene.

2.4.1.1 Forskning: Dette er langtidsvirkningene for covid-19 pasientene

The Lancet har publisert en studie der forskere fulgte totalt 1733 personer som ble skrevet ut fra Jin Yin-tan-sykehuset i pandemiens episenter Wuhan i perioden januar-mai 2020. Målet var å avdekke hva slags langtidsvirkninger pasientene hadde et halvt år etter covid-19 sykdom. Pasientene hadde en snittalder på 57 år, og ifølge rapporten meldte 76 prosent av pasientene at de hadde minst ett symptom et halvt år etter at de ble utskrevet. De mest vanlige utover symptomer relatert til lungefunksjon, var trøtthet/utmattethet eller muskelsvakhet, søvnproblemer og hårtap. Forskerne har undersøkt lungene til mange av pasientene i undersøkelsen. De viser til dels betydelige skader.

2.4.2 Pasient- og brukerombud

I intervju med ombudene har de opplyst at det ikke vært etterspurt særskilte behov for rehabilitering etter covid-19 fra pasienter eller pårørende. Det ble uttalt at «rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten er litt som hemmelige tjenester».

I årsmeldingen for Troms fremkommer det at pasienter med krav på rehabiliteringstiltak har fått tilbud om digitale behandlingstiltak, men at selv om tanken er god, er dette ikke en behandlingsform som passer for alle. Videre fremkommer det at noen pasienter har informert om at de ble samlet i digitale "grupper". Ombudet har uttrykt at dette i seg selv er en krevende kommunikasjonsform. Enkelte pasienter har gitt tilbakemelding om at selve behandlingen hadde klart preg av å være en

reserveløsning og at den ga lite utbytte. I tillegg er det gitt tilbakemelding om at det har vært mange utsettelse, lang ventetid og manglende tilgang på tjenester på alvorlige tilstander.

2.4.3 Brukerutvalg og ungdomsråd

Brukerutvalgene har i liten grad omtalt rehabilitering under pandemien i sine referater, med unntak av informasjon i UNN hvor brukerutvalget i juni 2020 ble informert om at rehabiliteringstilbudet har blitt hardt rammet på grunn av covid-19. Med bakgrunn i smittevern hensyn medførte covid-19 pandemien nedstenging av samtlige rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Nord for en periode. Dette medførte lengere ventetid for rehabilitering og dårligere kapasitet. Brukerutvalget ønsket videre å få en tilbakemelding på om det er lettere å få rehabilitering i sør enn i nord. I utvalgets møte i september 2020 ble rehabiliterings-tilbud for pasienter etter lang sykdom og innleggelse med covid-19 omtalt, herunder om avtalen med Skibotn også innebar oppfølging av lungepasienter etter gjennomgått covid-19 sykdom. Det ble gitt tilbakemelding om at behandling ved Skibotn ikke innebærer noen særskilt undersøkelse eller oppfølging av disse pasientene, og at pasienter med senskader etter covid-19 blir behandlet på linje med andre pasienter med lungeskader og senskader forøvrig.

2.4.4 Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE)

I sin rapport om «sørge for»-ansvaret har ikke SKDE sett på hvordan rehabiliterings-tilbudet er ivaretatt under pandemien.

2.4.5 Samtale med ansvarlige for kjøp av private rehabiliteringstjenester

Evalueringsgruppa har gjennomført en samtale med ansvarlige for kjøp av private rehabiliteringstjenester i Helse Nord RHF, for å få en oversikt over hvordan aktiviteten innenfor rehabilitering vært opprettholdt i Helse Nord under pandemien, jf. også figurer 1-3 i innledningen til kapittel 2.4.

Evalueringsgruppa har fått opplyst at Helse Nord RHF tidlig i pandemien måtte etablere beredskapsplasser ved rehabiliteringsinstitusjonene, da det kom krav fra myndighetene om at enkelte tilbud i sykehusene måtte stenge ned. Det ble opprettet dialog med alle rehabiliteringsinstitusjonene. Institusjonene ble stengt for en kort periode, og de var tilbake i drift primo mai 2020. Det ble inngått beredskapsavtaler med Valnesfjord Helsesportssenter (VHSS) og ViGØR Rehabiliteringssykehus (tidligere Kurbadet i Tromsø) for å bistå i tidlig fase, i og med at sykehusene stengte ned sine rehabiliteringsplasser. Avtalene, som er av 6-måneders varighet, ble ytterligere forlenget ut 2021.

Ventetidene innen rehabilitering i Helse Nord har økt, fordi den totale kapasiteten er redusert. Noen pasientgrupper har fått redusert tilbudet under pandemien, men det har vært opprettholdt et visst tilbud innenfor alle fagområder, selv om ressurser er noe omfordelt.

Det ble i starten lagt ut informasjon på hjemmesiden til Helse Nord RHF, men informasjonsflyten har ikke fungert optimalt. Regional vurderingsenhet (RVE) bisto med informasjonen, men det har vært vanskelig å nå ut til fastlegene med denne. Informasjonen om rehabiliteringstilbudet ble sendt til postmottakene i kommunene, som distribuerte informasjonen videre ut.

Evalueringsgruppa fikk opplyst at det ikke har vært et stort behov for et covid-19 rehabiliteringstilbud i Helse Nord. Rehabiliteringsbehovet har i stor grad vært for lungeproblematikk, men også noen andre komplikasjoner. Pasientene kommer til rehabilitering etter gjennomgått covid-sykdom, men i begynnelsen av pandemien var det lite kunnskap om hvordan rehabiliteringen skulle gjennomføres. Det er etterhvert blitt etablert faglig samhandling nasjonalt om hvordan dette skal gjøres. Flere får senvirkninger, og pasientene er gjerne først i kommunal rehabilitering før de henvises til rehabiliteringsinstitusjonene. Det har ikke vært etterspørsel om rehabilitering for pasienter fra andre regioner for denne pasientgruppen. Rehabilitering av covid-19-pasienter er en del av beredskaps plassene i institusjonene, og disse er godt utnyttet.

Ett av forbedringspunktene som er trukket frem av ansvarlige for kjøp av helsetjenester, basert på dagens kunnskap, er at beredskapsavtaler burde ha vært på plass i forkant av pandemien. Manglende oversikt i starten av pandemien, gjorde første fasen krevende.

2.4.6 Rehabiliteringstilbud etter covid-19-sykdom

Basert på den økte kunnskapen nasjonalt og internasjonalt om hvilke rehabiliteringsbehov som er nødvendig etter covid-19 sykdom, er det utarbeidet både veiledere, beskrivelser av rehabiliteringsforløp og nettkurs for helsepersonell som skal behandle covid-19 pasienter. Noen eksempler på dette er:

- Verdens Helseorganisasjon har utarbeidet et tre-timers nettkurs for helsepersonell som skal behandle pasienter etter covid-19 sykdom.
- Helsedirektoratet utarbeidet høsten 2020 en nasjonal veileder for råd til helsepersonell om ivaretagelse av rehabiliteringsbehov etter covid-19 sykdom. Veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av klinikere fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, og veilederen har løpende blitt oppdatert med ny kunnskap.
- Fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst har utarbeidet beskrivelser av gode rehabiliteringsforløp og oppfølging for intensivbehandlede og alvorlig syke covid-19 pasienter. Disse forløpene blir oppdatert etter hvert som kunnskapsgrunnlaget utvides.
- Våren 2021 er det i regi av Regional kompetansetjeneste for rehabilitering ved Sunnaas Sykehus utarbeidet et eget e-læringskurs for helsepersonell som behandler personer med covid-19 sykdom. Dette kurset omhandler både vurdering av rehabiliteringsbehov, anbefalinger for alle behandlingsnivåer og anbefalte måleverktøy.

2.4.7 Oppsummering og læring

2.4.7.1 Oppsummering

Aktivitetstallene innen rehabiliteringsfeltet for helseforetakene og avtaleinstitusjonene viser at både omfang av polikliniske, dag- og døgnopphold er redusert i 2020 sammenlignet med 2019. Rehabiliteringsområdet er i liten grad omhandlet i gjennomførte brukerundersøkelser i 2020, men basert på tilbakemeldinger fra pasient- og brukerombud, referater fra brukerutvalg og samtale med ansvarlig for kjøp av helsetjenester, er det mye som tilsier at dette er et område som grunnet strenge smitteverntiltak og redusert behandlerkapasitet, har blitt forholdsvis hardt rammet av pandemien. Det er uklart hvilke konsekvenser manglende eller svekket rehabilitering under pandemien har hatt for pasientene. Evalueringsgruppa har ikke informasjon om hvorvidt pasienter med covid-19 har fått særskilt rehabiliteringstilbud i regionen. Kunnskap som formidles nasjonalt og internasjonalt via veiledere, rehabiliteringsforløpsbeskrivelser og nettkurs vil legge til rette for at rehabiliteringen kan tilpasses den enkelte pasient også i Helse Nord.

Basert på høringsinnspill har vi inkludert viktigheten av at private avtalespesialister og avtaleinstitusjoner medtas i evalueringer etter beredskapshendelser.

2.4.7.2 Bevaringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende bevaringspunkter på tema rehabilitering:

5. Helse Nord RHF bør fortsette og videreutvikle dialogen med, og oppfølgingen av, rehabiliteringsinstitusjonene i regionen.
6. Opprettholde et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud under en langvarig beredskapshendelse. Sikre at pasientene får et alternativt tilbud ved avbrudd i rehabiliteringen.
7. Fortsette å bygge kunnskap om tilpasset rehabiliteringstilbud etter covid-19-sykdom.

2.4.7.3 Forbedringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende forbedringspunkter på tema rehabilitering:

13. Inkludere private avtalespesialister og avtaleinstitusjoner i den regionale beredskapsplanen, herunder etablere beredskapsavtaler med aktuelle leverandører, for å sikre et stabilt og tilfredsstillende tilbud. Medta disse leverandørene i evalueringer etter beredskapshendelser.
14. Utarbeide kommunikasjonsstrategi og forbedre kommunikasjonslinjer mellom helsetjenestenivåene om tilgjengelige rehabiliteringstilbud.

2.5 Brukermedvirkning

Denne delen av evalueringen omhandler brukermedvirkning under covid-19-pandemien.

Det har i liten grad blitt tilrettelagt for innsamling av brukererfaringer i helseforetakene i Helse Nord under pandemien, med unntak av egen brukerundersøkelse i UNN. Helseforetakene i Helse Nord er i ferd med å implementere CheckWare, som et elektronisk kartleggingsverktøy i utredningsfasen før behandling. Dette vil på sikt også gi mulighet for mer aktive tilbakemeldinger fra pasienter, brukere og pårørende om behandlingstilbudet.

Direktørens ledergruppe i UNN vedtok i januar 2021 å igangsette et utviklingsarbeid som skal lage struktur og klare retningslinjer slik at det blir mulig å sikre og forbedre brukermedvirkning på tjenestenivå ved UNN. Tjenesten er ikke på plass enda, men den har som mål å øke involveringen av pasienter, brukere og pårørende i forbedringsarbeidet.

Det er positivt at det er gjennomført brukerundersøkelser både av Helsetilsynet, av regjeringens nedsatt utvalg og av brukerorganisasjoner. Dette har bidratt til viktig kunnskap for læring også i Helse Nord.

Brukermedvirkning og brukertilbakemeldinger er nødvendige for å sikre gode spesialisthelsetjenester. Brukerutvalg og ungdomsråd er viktige virkemidler for å sikre medvirkning for pasienter og pårørende.

Representanter i brukerutvalgene blir forespurt om deltagelse i råd, utvalg og nye prosjekter i regi av Helse Nord RHF eller helseforetakene. Utover RBUs deltagelse i referansegruppe til evaluering av beredskapsarbeidet under covid-19-pandemien, er evalueringsgruppa ikke kjent med graden av brukermedvirkning i pandemirelaterte prosjekter i 2020.

Det er deltagelse i regionale og interregionale råd/utvalg/prosjekter som også er relevante under en pandemi, som:

- handlingsplan for intensivmedisin i Helse Nord
- pasientreiser
- nasjonale nettverk for koordinatore av barn som pårørende arbeid i spesialisthelsetjenesten
- nasjonal utarbeidelse av konseptprogram for akuttmottak

2.5.1 Oppsummering og læring

2.5.1.1 Oppsummering

Manglende innhenting av brukererfaringer i helseforetakene både under normal drift og under hendelser, som en langvarig pandemi, vurderes av evalueringsgruppa som en

svakhet i kontinuerlig forbedringsarbeid. Det er positivt at UNN gjennomførte brukerundersøkelse i den tidligere fasen av pandemien, som en del av eget forbedringsarbeid. Evalueringsgruppa vurderer at det er vesentlig at helseforetakene selv tar ansvar for innhenting av brukererfaringer, og forventer at implementeringen av CheckWare vil kunne bidra til lettere innhenting, analyse og formidling av brukererfaringer.

2.5.1.2 Bevaringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende bevaringspunkter på tema brukermedvirkning:

- | |
|---|
| 8. Fortsatt sikre brukerrepresentasjon i regionale og interregionale råd/utvalg/prosjekter som har direkte eller indirekte påvirkning på tilbudet i spesialisthelsetjenesten til pasienter, brukere og pårørende. |
|---|

2.5.1.3 Forbedringspunkter

Basert på analyse av informasjon fra benyttede kilder har vi følgende forbedringspunkter på tema brukermedvirkning:

- | |
|--|
| 15. I større grad foreta innsamling av pasient- og brukererfaringer både som rutinemessig aktivitet i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, og utføre hendelses- og situasjonsbaserte undersøkelser og studier for å høste læring fra pasient- og brukererfaringer. |
|--|

3 Anbefalinger og læringspunkter

3.1 Anbefalinger

Evalueringsgruppa anbefaler Helse Nord RHF og helseforetakene å:

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

3.2 Bevarings- og forbedringspunkter

3.2.1 Bevaringspunkter

- | |
|---|
| 1. Helse Nord bør fortsette informasjons- og kommunikasjonsarbeidet til befolkningen, herunder samordne informasjon fra sentrale myndigheter med lokale bestemmelser. |
| 2. Videreføre bruk av digitale tjenester for pasientgrupper og behandlingstilbud hvor dette er egnet. |
| 3. Videreføre forskning på og utvikling av digitale konsultasjoner som utrednings- og behandlingstilbud. |
| 4. Fortsatt prioritere spesialisthelsetjenestetilbudet til sårbare og kritiske pasientgrupper ved vesentlige hendelser som påvirker driften. |
| 5. Helse Nord RHF bør fortsette og videreutvikle dialogen med, og oppfølgingen av, rehabiliteringsinstitusjonene i regionen. |

6. Opprettholde et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud under en langvarig beredskaps-hendelse. Sikre at pasientene får et alternativt tilbud ved avbrudd i rehabiliteringen.
7. Fortsette å bygge kunnskap om tilpasset rehabiliteringstilbud etter covid-19-sykdom.
8. Fortsatt sikre brukerrepresentasjon i regionale og interregionale råd/utvalg/prosjekter som har direkte eller indirekte påvirkning på tilbudet i spesialisthelsetjenesten til pasienter, brukere og pårørende.

3.2.2 Forbedringspunkter

1. Sikre at generell informasjon om smittefare og smittevern tilpasses og gjøres tilgjengelig med universell utforming på flere språk, herunder de ulike samiske språkene.
2. Bruke relevante informasjonskanaler til informasjonsdeling. En «pasientknapp» på internettsidene til helseforetakene vil gjøre det lettere å søke opp korrekt og oppdatert informasjon.
3. Legge til rette for brukermidvirkning i utarbeidelsen av kommunikasjonsstrategi for å sikre at informasjon fra tjenesteyter om tjenestetilbudet og endringer når ut til målgruppene.
4. Legge til rette for å informere befolkningen om at det er trygt å bruke spesialisthelsetjenestene, når man følger gjeldende smittevernråd ved fysisk fram møte. Formulere rådene slik at de forstås som oppfordringer til å bruke tjenestene.
5. Informere om og legge til rette for at pårørende i størst mulig grad kan få ivaretatt sine roller, som pårørende, som ledsagere, og som omsorgspersoner ved alvorlig sykdom og på dødsleier, også i perioder med strenge adgangsrestriksjoner.
6. Gi lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om ordningen med pasientreiser, pasienttransport og ledsagerfunksjon under langvarige hendelser.
7. Prioritere og legge til rette for og fysiske konsultasjoner for pasientgrupper hvor digitale løsninger ikke er egnet.
8. Sikre opprettholdelse av behandlingstilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling under langvarige hendelser.
9. Redusere unødvendige variasjoner i behandlingstilbud innen Helse Nord under langvarige hendelser.
10. Klargjøre rutiner for overføring av personell eller behandlingsansvar for å utnytte ledig kapasitet i regionen under en beredskapshendelse.
11. Stimulere til forskning på om konsekvenser av avlysning eller utsettelse av planlagt utredning, behandling og kontroll, har bidratt til svekket fysisk og/ eller psykisk helse hos sårbare pasientgrupper.
12. Stimulere til forskning på om reduksjon i akutte innleggelser og rettidig behandling for hjertesvikt, hjerteinfarkt og hjerneslag i pandemiens første fase, har hatt alvorlige konsekvenser for resultat av rehabilitering.
13. Inkludere private avtalespesialister og avtaleinstitusjoner i den regionale beredskapsplanen, herunder etablere beredskapsavtaler med aktuelle leverandører, for å sikre et stabilt og tilfredsstillende tilbud. Medta disse leverandørene i evalueringer etter beredskapshendelser.
14. Utarbeide kommunikasjonsstrategi og forbedre kommunikasjonslinjer mellom helsetjenestenivåene om tilgjengelige rehabiliteringstilbud.

15. I større grad foreta innsamling av pasient- og brukererfaringer både som rutinemessig aktivitet i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, og utføre hendelses- og situasjonsbaserte undersøkelser og studier for å høste læring fra pasient- og brukererfaringer.

4 Temaer til eventuell oppfølging

Evalueringsgruppa har i stor grad omtalt de innspillene som RBU har gitt til områder for evaluering, jf. vedlegg 1, men det er enkelte temaer som bør evalueres nærmere av helseforetakene og andre leverandører av spesialisthelsetjenester:

- Hva medførte begrensninger i hjemreise og mottak av besøk for pasienter som bodde på pasienthotell under behandlingsforløp? Hvordan har inneliggende pasienter opplevd denne perioden?
- Hvordan fungerte pasientreisetilbudet under pandemien? Hva ble konsekvensene av at muligheten til å ha med ledsager ble innskrenket?
- Hvor mange helsepersonell har vært overført Psykisk helse og rus og TSB for å avhjelpe de somatiske helsetjenestene under koronapandemien?
- Bruk av arbeidstøy innen Psykisk helse og rus som generelt smitteverntiltak medførte for noen en utfordring i forhold til balansen i kommunikasjon mellom behandler/hjelper og bruker.

Basert på høringsinnspill er det enkelte temaer som bør evalueres nærmere av helseforetakene og andre leverandører av spesialisthelsetjenester:

- Om tilgangskontroll i sykehusene har påvirket brukernes tilgang til sykehusapotek og/eller andre tjenester/tilbud utover sykehusenes ordinære tjenester?
- Om ventesoner i poliklinikker har ivarettatt smittevern på en god nok måte?

Vedlegg 1. Innspill fra Regionalt brukerutvalg

Regionalt brukerutvalg (RBU) og referansegruppa fra RBU har i innledningsfasen bidratt med følgende innspill til en del aktuelle områder som bør undersøkes og evalueres:

- Inneliggende pasienter som har bodd på pasienthotell har ikke fått reise hjem og ikke hatt mulighet til besøk. Hvordan har de opplevd denne perioden?
- Tilpasset pasientkommunikasjonen med risikogrupper, den eldre befolkningen, mennesker med hørselshemming, kognitive funksjonsnedsettelse, språkbarrierer og andre?
- Videokonsultasjoner: Hvordan har pasienter og pårørende opplevd tilbudet og hvilke konsekvenser har denne dreiningen av tilbudet fått? Hvordan ble det tilrettelagt for grupper som ikke kunne nyttiggjøre seg dette?
- Hvordan har pasientene opplevd kontakten med pasientreiser, inkl. endringer i mulighet til å ha med ledsager?
- Innhent erfaringer fra de som har fått utsatt behandling og kontroller. Hvilke konsekvenser har utsettelsene fått?
- Pasienter med behov for helsehjelp som ikke opprettholdt kontakten med helsetjenestene. Hva var grunnen til at de uteble?
- Innhent erfaringer fra pårørende. Innen Psykisk helse og rus fikk mange betydelig økte omsorgsoppgaver grunnet nedstengning av helsetjenestene, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.
- Regionalt brukerutvalg har fått informasjon om at pasienter innen psykisk helsevern og TSB i starten av pandemien følte seg presset til å skrive seg ut for tidlig. Flere ble utskrevet til dårlige boforhold og mangelfulle oppfølgingstiltak. Konsekvensene av utsatt behandling og for tidlige utskrivelser bør undersøkes.
- Hvor mange helsepersonell har vært overført Psykisk helse og rus og TSB for å avhjelpe de somatiske helsetjenestene under koronapandemien?
- Innhent erfaringer fra pårørende. Innen Psykisk helse og rus fikk mange betydelig økte omsorgsoppgaver grunnet nedstengning av helsetjenestene, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten
- Bruk av arbeidstøy innen Psykisk helse og rus som generelt smitteverntiltak medførte for noen en utfordring i forhold til balansen i kommunikasjon mellom behandler/hjelper og bruker.

Vedlegg 2: Dokumentgjennomgang/Kildereferanser

- Rapport – Endringer og forbedringer under koronapandemien, UNN våren 2020, Hege Andersen m. fl. Kontinuerlig forbedring UNN, Juli 2020
- Konsekvenser av Covid-19 for funksjonshemmede og kroniske syke, Ingeborg Vea, FFO, 26.08.2020
- Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020, Et samarbeidsprosjekt mellom Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynet – Delrapport: Et fokusgruppeundersøkelse, Internserien 11/2020
- Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020, En nettbasert spørreundersøkelse, Et samarbeidsprosjekt mellom Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynet – Internserien 10/2020
- Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020, Samlerapport fra spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju, Samarbeidsprosjekt mellom Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynet, Rapport 6/2020, nov. 2020
- Statusrapport 1 - Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir.). Utgitt: 20.04.2020
- Covid-19: Reaksjoner hos brukere av behandlingstilbud for psykiske vansker og rusproblemer. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2. nov 2020. V/ Roar Fosse, Marianne Skogbrott Birkeland, Ines Blix, Monica Strand, Paul Møller, Siri Thoresen.
- Sørge-for-ansvaret under koronapandemien, SKDE, Interregionalt pandemiprojekt, oktober 2020
- Forskning: Dette er langtidsvirkningene for covid-19-pasienter, norsk gjengivelse i Nettavisen 12. januar 2021 av studie publisert i The Lancet
- NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen
- Årsrapport 2020 fra Nasjonalt senter for e-helseforskning
- Årsmelding 2020 Finnmark – Pasient- og brukerombudet
- Årsmelding 2020 Troms – Pasient- og brukerombudet
- Årsmelding 2020 Nordland – Pasient- og brukerombudet
- Referater fra brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF fra jan. 2020 til jan. 2021
- Referater fra ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset fra jan. 2020 til jan. 2021
- Referater fra brukerutvalget i UNN HF fra jan. 2020 til des. 2021
- Referater fra ungdomsrådet i UNN HF fra jan. 2020 til jan. 2021
- Referater fra brukerutvalget i Nordlandssykehuset fra jan. 2020 til nov. 2021
- Referater fra ungdomsrådet i Nordlandssykehuset fra jan. 2020 til nov. 2021
- Referater fra brukerutvalget i Helgelandssykehuset fra jan. 2020 til jan. 2021
- Referater fra regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF fra mars 2020 til jan. 2021

Vedlegg 3: Mottatte høringsinnspill/tilbakemeldinger

- ViGØR Rehabiliteringssykehus, datert 29.06.2021
- Sykehusapotek Nord HF, datert 19.08.2021
- Universitetssykehuset i Nord Norge HF, datert 31.08.2021
- Valnesfjord Helsesportssenter, datert 08.09.2021

Møtedato: 10-11. november 2021

Saksnr.:
2021/1015-2

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

Sted/dato:
Bodø, 3. november 2021

RBU-sak 113-2021 Oppdragsdokumentet 2022

Formål

Formålet er å prioritere hvilke krav Regionalt brukerutvalg ønsker inn i oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF i 2022.

Beslutningsgrunnlag

Saken er en oppfølging av RBU-sak 78 og 97-2021.

Oppsummering og vurdering av tidligere innkomne forslag legges fram og drøftes med ledere og nestledere i regionens brukerutvalg og ungdomsråd i samarbeidsmøte 11. november. Saken behandles i RBU senere samme dag.

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

1. Regionalt brukerutvalg ønsker at følgende krav kommer inn i Oppdragsdokumentet til helseforetakene fra Helse Nord RHF i 2022. Forslagene er i prioritert rekkefølge:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 3. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 10-11. november 2021

Saksnr.:

Saksbeh./tlf.:

Tove Klæboe Nilsen, 98 68 48 62

Sted/dato:

Bodø, 3. november 2021

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

Formål

Oppnevning av brukerrepresentant til en arbeidsgruppe som skal utrede muligheter og behov for kunstig intelligens (KI) innen radiologi.

Innledning/bakgrunn

Det vises til *Styresak 71-2021 Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord for 2022-2025*. Denne saken gjelder ett av de skisserte store tiltakene som ble anbefalt i strategidokumentet:

«Det anbefales at det allerede høsten 2021 opprettes en arbeidsgruppe med mandat til å utrede og konkretisere hvilke KI-baserte verktøy for radiologi som de kommende 2-4 årene ligger best til rette for implementering.»

Styrets behandling av KI-strategien legger premisser for hvordan de anbefalte tiltakene skal tas videre. Styrets vedtak var som følger:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord for 2022-2025* som retningsgivende for arbeidet med utvikling, tilretteleggelse og implementering av KI-løsninger i helseforetakene i strategiperioden.
2. Styret ber om at innspill til rapporten, knyttet til medvirkning fra ansatte, brukere, primærhelsetjenesten og det samiske, tas med videre i arbeidet med kunstig intelligens i Helse Nord.

Fra styresaken foreligger følgende premisser:

- Beslutninger om finansiering av de foreslåtte tiltak må avklares i ordinære prosesser knyttet til økonomiplan og årlig budsjettering i Helse Nord RHF og i HF-ene.
- Som et retningsgivende dokument, er strategien for kunstig intelligens å betrakte som et veikart for oppfølgende tiltak i perioden 2022-2025. Det anbefales at forslagene til videre utredninger følges, men at det samtidig åpnes for å justere kartet underveis i det som er et nytt og dynamisk felt.
- Administrasjonen vil i tråd med dette komme tilbake til styret med en årlig orientingssak om status for implementering av strategien.

Problemstillinger

Ut fra strategidokumentet og anbefalingen om en utredning på radiologifeltet foreligger det nå forslag til *mandat* med følgende oppdrag til en regional arbeidsgruppe:

Arbeidsgruppen skal utrede og fremme forslag om hvilke fagområder og modaliteter innen radiologien som vurderes å ligge best til rette for implementering av KI-baserte løsninger som beslutningsstøtte i de enkelte HFene i Helse Nord RHF de nærmeste årene.

Det vises til vedlagt mandat.

Brukermedvirkning

Det er i to omganger gitt redegjørelser for arbeidet med strategien i regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, henholdsvis i januar og mai 2021. I brukerutvalgets møte 12. mai i ble det fattet følgende vedtak i *RBU-sak 53-2021 Strategi for bruk av kunstig intelligens*:

1. *Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om arbeidet med å etablere en strategi for kunstig intelligens (KI) i Helse Nord til orientering.*
2. *Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til utkastet:*
 - a. *Opplæring av helsepersonell i pasientkommunikasjon/medvirkning mht KI bør omtales.*
 - b. *Ønske om at bruk av KI i forhold til de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP beskrives i arbeidet.*
 - c. *Åpne for pasientmeldte innovasjonsideer.*
 - d. *Nytteverdien av brukermedvirkning bør omtales i kap 6.3.*
 - e. *Lettforståelig informasjon om KI bør utarbeides.*

Disse innspillene ble i hovedsak innarbeidet i endelig versjon av strategien, og styret understreket i sitt vedtakspunkt 2 at innspill blant annet fra brukerne skulle tas med videre i arbeidet. Brukerne inviteres derfor til å delta i denne arbeidsgruppen med en person. Det er ønskelig at personen har interesse for kunstig intelligens, forskning og innovasjon. Møtene vil være både fysisk og på Teams i en periode på ca seks måneder, og reising til noen av møtene må påregnes. Arbeidet vil starte før årsskiftet og leveres senest 1. juli 2022.

Nærmere om innhold og prosess for arbeidet

Finn Henry Hansen, rådgiver i Helse Nord RHF, har jobbet fram forslaget til mandat sammen med leder ved Senter for pasientnær kunstig intelligens, Karl Øyvind Mikalsen. Senteret eies i fellesskap av Helse Nord RHF, UNN og Universitetet i Tromsø. Mandatet er også kvalitetssikret av fagfolk utenfor Helse Nord. Det er videre diskutert i internt møte i Helsefagavdelingen, med Finn Henry Hansen, Randi Brendberg, Geir Tollåli, Sture Pettersen og Tove Klæboe Nilsen, og er gjennomgått i ledergruppemøtet i RHF-et 2. november.

Fagpersonene som er foreslått inn i gruppen fra foretakene er innmeldt via fagsjeflinjen i foretakene, og KTV/KVO har fått saken til drøfting og oppnevning av sin representant i møte 10. november.

Adm. direktørs vurdering

Det vurderes som at forslaget til mandat er et godt forslag til oppdrag til en regional arbeidsgruppe som skal utrede og gi anbefalinger til KI-løsninger på KI-feltet. Det er

viktig at det er en regional arbeidsgruppe som også har deltakere fra ansatte og brukere.

Helse Nord vil igangsette arbeidet før årsskiftet. Anbefalingene fra arbeidsgruppen, levert senest 1. juli 2022, vil inngå i årlig statusoppdatering til RHF-styret.

Finn Henry Hansen vil kontakte brukerrepresentanten i forkant av møtet, for å ønske velkommen, gi utdypende informasjon om oppdragets art og rammer, og svare på eventuelle spørsmål.

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

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

Bodø, 3. november 2021

Cecilie Dae
adm. direktør

Vedlegg: mandat 02.11.2021

Mandat og sammensetning for arbeidsgruppe innen KI - medisinsk radiologi

Bakgrunn

I Helse Nord's strategi for kunstig intelligens, vedtatt i styremøte 22. juni 2021, ble det anbefalt å etablere en arbeidsgruppe med mandat til å utrede og konkretisere hvilke KI-løsninger som kan være aktuelle for implementering innen radiologifeltet.

Mandat

Oppdraget som gis i mandatet:

Arbeidsgruppen skal utrede og fremme forslag om hvilke fagområder og modaliteter innen radiologien som vurderes å ligge best til rette for implementering av KI-baserte løsninger som beslutningsstøtte i de enkelte HFene i Helse Nord RHF de nærmeste årene.

Konkretisering av mandat:

- I arbeidet med å identifisere løsningstyper som ligger til rette for implementering, må behovsvurderinger koples til områder der det er utviklet løsninger. En slik kopling forutsetter at arbeidsgruppens skaffer seg et mest mulig omforent og felles kunnskapsgrunnlag om hva KI kan bidra med, hvilke løsninger som foreligger og hvilke gevinster som kan høstes.
- Som et utgangspunkt, er det naturlig å starte med en forenklet kartlegging av aktuelt og fremtidig behov for radiologiske tjenester for befolkningen i Helse Nord's nedslagsfelt. En slik kartlegging bør gjøres for ulike typer undersøkelser og ulike modaliteter (CT, MR, ultralyd mv.) og spesifiseres for hvert helseforetak. Denne kartleggingen vil i stor grad kunne gjenbruke og bygge på det arbeidet som skal gjennomføres i den regionale radiologiplanen for Helse Nord. Arbeidsgruppen bør identifisere områder som har tilstrekkelig volum til at KI-løsninger kan bidra til å redusere arbeidsmengde og radiologitid per undersøkelse. Det bør også pekes på områder der det kan forventes at KI-løsninger kan bidra til å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.
- Kartleggingen av behov bør etterfølges av en kartlegging av tilbudet i markedet. Det bør primært søkes blant tilgjengelige CE-merkede/FDA-sertifiserte løsninger på markedet. I dette arbeidet bør det legges vekt på å identifisere områder der det foreligger et rimelig antall sertifiserte produkter. I denne søkeprosessen bør det også innhentes informasjon om volum og representativitet i det pasientunderlaget som er anvendt ved utvikling av løsningene.
- Når KI-løsninger på relevante fagområder er identifisert, bør det også innhentes erfaringer fra fagmiljøer som har tatt løsningene i bruk. Det er i denne sammenheng naturlig å innhente erfaringer fra de anskaffelses- og implementeringsprosesser som pågår i Vestre Viken HF, men slike erfaringer bør også innhentes fra fagmiljøer i Sverige og Danmark, eventuelt også andre land i Europa.
- Den overnevnte utredning og kartlegging skal munne ut i en anbefaling og konkretisering av hvilke typer KI-løsninger som kan være aktuelle for implementering innen radiologifeltet. I arbeidet bør informasjonen om tilbudet i markedet sammenholdes både med ovennevnte kartlegging av framtidige behov for radiologiske tjenester og kartlegging av erfaringer hos andre fagmiljøer. De delmengdene som er overlappende (løsningstyper med rimelig høyt volum på områder der det også er behov

for økt kapasitet og kompetanse) gir et godt utgangspunkt for anbefaling av satsingsområder.

- Arbeidsgruppen bør også søke kontakt og samarbeid med Helse Sør-Øst som har fått i oppdrag å utrede et løp for anskaffelsesprosesser for medisinsk utstyr som inkluderer og kunstig intelligens. I omtalen av anskaffelsesprosesser forutsettes arbeidsgruppen å innarbeide de vurderinger som gjøres her.
- Det bør også utvikles en mal for ROS-analyser i samarbeid med ansvarlige for bygge på personvern og informasjonssikkerhet i de respektive helseforetak.

Relaterte aspekter som bør tas hensyn til:

- I arbeidet bør kriterier som behov, nytte og løsningenes modenhet legges til grunn for å anbefale hvilke løsningstyper som bør prioriteres for implementering. De anbefalte løsningene bør bidra til å ivareta – og gjerne forbedre – kvalitet, pasientsikkerhet, og effektivitet.
- I samarbeid med fagmiljøene skal arbeidsgruppen også identifisere eventuelle hindringer for vellykket implementering, inkludert hensynet til god arbeidsflyt, nødvendig opplæring og kompetanseutvikling, samt harmonisering av undersøkelsesprotokoller og rekonstruksjoner.
- Arbeidsgruppen bør avklare hvilke regulatoriske begrensninger som eventuelt foreligger mht. å ta i bruk løsninger fra leverandører utenfor Europa (jf. utfordringer ved bruk av skytjenester). I sitt arbeid bør derfor arbeidsgruppen søke kontakt og samarbeid med nasjonale regulatoriske og andre myndigheter (Statens legemiddelverk, HelseDirektoratet, Direktoratet for ehelse). Det kan også være aktuelt å gjøre vurderinger av andre juridiske og etiske aspekter ved å ta i bruk slike løsninger.
- Arbeidsgruppen bør i sin gjennomgang av mulige produkter/produkttyper også ta i bruk aktuelle skriftlige kilder, i form av relevante tidsskrifter og nettsteder (eksemplifisert med aiforradiology.com) der ulike løsningstyper er forsøkt evaluert mht. kvalitet mv.
- Der det er mulig, bør det innhentes dokumentasjon om produktenes krav til infrastruktur og datafangst, og i hvilken grad slik programvare inngår i eller understøttes av produktet/leverandør av produktet. På dette punkt bør arbeidsgruppens vurderinger avstemmes mot HN IKTs utarbeidelse av konseptrapport om IKT-infrastruktur for KI.
- Arbeidsgruppens anbefalinger kan danne grunnlag for en anskaffelsesprosess. Det bør derfor innhentes erfaringer fra andre norske og utvalgte europeiske (Sverige, Danmark, England og Nederland) miljøer som har gjennomført – eller er i ferd med å gjennomføre - tilsvarende prosesser på radiologifeltet.
- Arbeidsgruppen skal vurdere behovet for å validere anbefalte produkter mot norske data og hvordan disse valideringer tenkes gjennomført.
- Behov som identifiseres, men ikke møtes av eksisterende produkter, spilles inn til samarbeidende forskningsinstitusjoner med sikte på å vurdere potensialet for egenutvikling av løsninger.

Arbeidsform og tidsrammer:

- Arbeidet gjennomføres ved en kombinasjon av fysiske og digitale møter. Det legges til rette for digital deltagelse i samtlige møter.
- SPKI ivaretar rollene som fag- og utredningsressurs på KI-feltet, med hovedansvar for utarbeidelse av rapport.

Mandat pr 2. november 2021, behandlet i ledergruppen i Helse Nord RHF

- Reise- og oppholdskostnader knyttet til arbeidet dekkes av den virksomhet medlemmene er ansatt i.
- Det er en ambisjon at arbeidet skal gjennomføres og rapporteres innen 1. juli 2022.

Arbeidsgruppens sammensetning:

Rådgiver Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF (leder)

Bjørn-Petter Johannessen, LIS-lege Finnmarkssykehuset, Hammerfest.

Ken-Inge Adolfsen, radiograf ved røntgenavdelingen UNN

Overlege Tom-Vegard Markussen, Universitetssykehuset Nord-Norge-Tromsø

Overlege Heinrich Backmann, Nordlandssykehuset-Bodø

Overlege Klaus Becker, klinikk for diagnostikk og medisinsk service, Helgelandssykehuset - Mosjøen

Fagsjef Randi Brendberg, Helse Nord RHF

Brukerrepresentant

Arbeidstakerrepresentant

Fag- og utredningsansvarlig/sekretariat:

Leder Karl Øyvind Mikalsen, Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI)

Sekretariats- og referatfunksjon ivaretas av seniorrådgiver Sture Pettersen, Helse Nord RHF

Møtedato: 10-11. november 2021

Arkivnr.:
2021/1015-2

Saksbeh/tlf:
diverse

Sted/Dato:
Bodø, 3. november 2021

RBU-sak 115-2021 Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

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

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

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 3. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

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

Møtedato: 10.-11. november 2021

Deres ref:

Vår ref:

2021/1156

Saksbehandler

Tina Eitran/

Dato:

2.11.2021

Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF i møte **24. november 2021**:

STYRESAK	ansv.
Avansert oppgaveplanlegging	AME
Personell og utstyr i foretaksgruppen	AME
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 11/20, behandling av personopplysninger i Helse Nord, oppfølging av sak 33-2021	JB/IMA
Virksomhetsrapport nr. 10-2021	EAH
Økonomisk utvikling i NLSH, oppfølging av styresak 132-2021	EAH
Innspill til statsbudsjett 2023	EAH
Interimsrevisjon 2. tertial 2021	NOV2021 EAH
Prinsipper for finansiell risiko, oppfølging av sak 74-2021	EAH/HIR
Status for ledelsens gjennomgang for 2020, oppfølging av styresak 11-2021.	TKN
Oppfølging av internrevisjonsrapport 06/2019: Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser i Helse Nord - oppfølging av styresak 106-2020 og 56-2021	HIR/EIH
Kliniske fagrevisjoner i foretaksgruppen - oversikt 2020, oppfølging av styresak 61-2017 og sak 107-2020	HIR/EIH
Oppfølging av Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord, jf. styresak 20-2015 og 45-2016/3, oppfølging av revisjonsutvalgets møte 07FEB2019 - sak 04/19	HIR/EH
Styrearbeid i helseforetak, veileder for Helse Nord – oppdatering	AELR/HIR/TKN
Byggeprosjekter Universitetssykehuset Nord-Norge HF, tertialrapportering	HiR/LAM
Byggeprosjekter Finnmarkssykehuset HF, tertialrapportering	HiR/LAM
Byggeprosjekter Helgelandssykehuset HF	HiR/LAM
Byggeprosjekter Nordlandssykehuset HF, tertialrapportering	HiR/LAM
Felles klima- og miljømål med indikatorer i spesialisthelsetjenesten – felles styresak	HIR/LAM
Husleieordning	HIR/LAM
Delstrategi klima og miljø	HIR/LAM
Anskaffelse rehabilitering - orientering	HIR
Nye Helgelandssykehuset – konseptfase styringsdokument, oppfølging av sak 109-2021 og 110-2021	HiR

Pakkeforløp for kreft - oppsummert gjennomgang av pasientforløp som ikke er gjennomført innenfor standard forløpstid, oppfølging av styresak 21-2021	GT
Godtgjørelse ved brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå i Helse Nord - videreutvikling og harmonisering, oppfølging av styresak 59-2020	GT
Oppfølging av styrets vedtak, status for gjennomføring	CD/TE
Valg av HF-styrer 2022-2024, oppnevning av styrets arbeidsutvalg	CD/TE

a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 12. november 2021.

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **15. desember 2021 i Bodø**:

STYRESAK	ansv.
Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 – status oppfølgingsarbeid	HIR
Regional kreftplan – revisjon, oppfølging av styresak 127-2020	GT
Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2020 - rapport om investeringer - utsatt offentlighet jf. rrevl § 18(2)	HIR/LAM
Pilotprosjekt for personellbytte ved møtekjøring i aksene Alta-Hammerfest - evalueringsrapport, oppfølging av styresak 23-2020	GT
Lønnsoppgjør 2021 - resultat	EAH
Felleseide helseforetak – status pr. 2. tertial	HiR
Styringsmodell for anskaffelser, oppfølging av sak 32-2021	HIR/RSÆ
Pasientreiser HF - strategi	HIR
Internrevisjonsrapport 06/2021, Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord	JHA
Strategi for prehospitaltjenester i Helse Nord - sluttrapport, oppfølging av styresak 61-2021	GT/RSP/MB
Plan for internrevisjonen 2022-2023	JHA
Virksomhetsrapport nr.11-2021	EAH
Nye Kirkenes sykehus – endelig evalueringsrapport	HiR/LAM

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 3. desember 2021.
b) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ...

Møtedato: 10-11. november 2021

Arkivnr.:
2021/1015-2

Saksbeh/tlf:
diverse

Sted/Dato:
Bodø, 3. november 2021

RBU-sak 116-2021 Referatsaker

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Referat AU-RBU 2. november 2021
2. Protokoll brukerutvalget Helgelandssykehuset 221021
3. Referat ungdomsrådet UNN 090921
4. Referat ungdomsrådet UNN 270921
5. Referat brukerutvalget UNN 14-150921

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

Framlagte saker tas til orientering

Bodø, 3. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg

Protokoll

Vår ref.:
2021/1015-3

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

Sted/Dato:
Bodø, 2. nov. 021

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	2. november 2021, kl 09.30- 10.30
Møtested:	Teams-møte
Neste møte:	10.-11. november 2021 – Regionalt brukerutvalg

Tilstede

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

Saksliste:

- RBU-AU sak 25/2021 Orientering om videre organisering av RBU
- RBU-AU sak 26/2021 Gjennomgang av saksliste og dagsorden for møte 10. og 11. november 2021
- RBU-AU sak 27/2021 Samarbeidsmøte 11. november 2021
- RBU-AU sak 28/2021 Oppnevninger

RBU-AU-sak 25-2021 Orientering om videre organisering av RBU

Vedtak:

RBU -AU tar infomrasjonen til etterretning.

RBU-AU-sak 26-2021 Gjennomgang av saksliste og dagsorden for møte 10. og 11. november 2021

Vedtak:

RBU-AU godkjenner saksliste og dagsorden for møtene 10.-11. november 2021.

RBU-AU-sak 27-2021 Samarbeidsmøte 11. november 2021

Planlgging av innlegg og gjennomføring.

RBU-AU 28-2021 Oppnevninger

Vedtak:

1. RBU-AU oppnevner Gnnhild Berglen til styringsgruppen i prosjekt Medsisknsk Koordinering Ambulansefly (MKA):
2. RBU-AU oppnevner Knut Georg Hartviksen til oppdrag om utredning og etablering av et nasjonalt servicemiljø for nasjonale tjenester
3. RBU-AU oppnevner Åse Senning til interregionalt prosjekt innen intensivmediein.

Ingen saker på eventuelt

Bodø, den 2. november 2021

*godkjent av Knut Georg Hartviksen
den 2. november 2021*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Protokoll

Møte: Brukerutvalgsmøte i Helgelandssykehuset HF

Tid: 22. oktober 2021

Møtested: Skype for business

Innkalt:

Deltagere	Funksjon	Organisasjon	Tilstede	Meldt forfall
Anne Lise Brygfeld	Leder	SAFO - NFU	X	
Per Hansen	Nestleder	FFO – Mental Helse	X	
Tove Linder Aspen	Medlem	Ivareta	X	
Josefina Skerk	Medlem	Samisk befolkning		X
Einar Moen	Medlem	Eldrerådet	X	
Trine-Mari Aavitsland	Medlem	Kreftforeningen		X
Nils Rishaug	Medlem	FFO -HLF		X
Jan Sundset	Vara	Samisk befolkning	X	
Ija Nilsen	Vara	RIO	X	
Rigmor Røberg	Vara	Kreftforeningen	X	
Fra Helgelandssykehuset				
Hulda Gunnlaugsdottir	Adm. dir			X
Knut Roar Johnsen	Samh.sjef/saksbeh.		X	
Tove Lill Falstad	Sekretariat		X	
Sigurd Finne	Kvalitetssjef			X
Ninja Hansen	Rådgiver		X	
Silje Paulsen	Rådgiver			X
Hanne Frøyshov	Medisinsk direktør			X
Merethe Myrvang	Rådgiver		X	
Bergsvein Byrkjeland		Sykehusbygg	X	
Herald Reiersen	Forskningsleder		X	

Saksliste

Sak 55 – 2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 56 – 2021 Godkjenning av protokoll fra brukerutvalgsmøte den 24. september

Sak 57 – 2021 Orienteringssaker

Sak 58 – 2021 Referatsaker

Sak 59 – 2021 Muntlig orientering fra ny medisinsk direktør

Sak 60 – 2021 Kompetansehevingsprosjekt for Helgelandssykehuset

- Sak 62 – 2021 Nye Helgelandssykehuset
- Sak 63 – 2021 Revisjon av regionale retningslinjer for honorering av brukerrepresentanter
- Sak 64 – 2021 Status prosjekter/utvalg/forskning Helgelandssykehuset
- Sak 65 – 2021 Oppfølging av sak 33-2021 - Enkelt meldesystem for pasienter og pårørende
- Sak 66 – 2021 Digital grunnopplæring for brukerrepresentanter på systemnivå
- Sak 67 – 2021 Eventuelt

Protokoll

Sak 55 - 2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjent.

Sak 56 - 2021 Godkjenning av protokoll fra brukerutvalgsmøte den 24. september

Vedtak: Protokoll fra 24. september ble godkjent.

Sak 57 -2021 Orienteringssaker

- **Informasjon fra BU-leder – muntlig**
 1. Innspill til Oppdragsdokumentet 2022.
 2. Valg av brukerrepresentant til Samhandlingskonferansen.
 3. Ledermøte i Bodø med RBU i 9.-10. november. Leder og nestleder deltar.
 4. 27.- 28. oktober – Nettverkssamling i Gode Pasientforløp, leder deltar
 5. OSO - møte 14. oktober 2022, Referat sendes ut når det er godkjent
- **Informasjon fra BU-medlemmer – muntlig**
 1. Forskningskonferansen – 6.-7. oktober i Sandnessjøen, Utmerket konferanse. Informasjon ligger på Helgelandssykehusets nettsider på Forskning og innovasjon
<https://helgelandssykehuset.no/arrangementer/forskningskonferansen-2021>

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering

Sak 58 - 2021 Referatsaker

- RBU-sak om Digital hjemmeoppfølging
- Referat brukerutvalget Nordlandssykehuset 27. september 2021
- Referat brukerutvalget UNN 14.-15. september 2021

Vedtak: Referatsaken tas til orientering

Sak 59 - 2021 Muntlig orientering fra ny medisinsk direktør

Saken utgikk

Vedtak: Brukerutvalget ønsker å invitere inn medisinsk direktør i neste brukerutvalgsmøte

Sak 60 - 2021 Kompetansehevingsprosjekt for Helgelandssykehuset

Saken utgikk

Vedtak: Brukerutvalget ønsker saken inn i neste møte

Sak 61– 2021 Innspill til ny strategi og handlingsplan for forskning og innovasjon i Helgelandssykehuset 2022 – 2026

Orientering om ny strategi og handlingsplan for forskning og innovasjon i Helgelandssykehuset ble gitt av forskningsleder Herald Reiersen. Nye spennende innsatspunkter ble presentert. Frist for å gi innspill er **15. november**.

Vedtak: Saken tas til orientering. Brukerutvalget setter pris på at det påpekes at det er viktig at brukerrepresentantene tas tidlig inn i forskningsprosjektene, og at brukerrepresentanter oppfordres til å komme med ideer til nye forskningsprosjektet.

Muntlige innspill i møtet:

- Brukerutvalget påpeker behovet for mer forskning innen psykisk helse og rus.
- Behandlingsstudier av personer med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer er ønskelig.

Sak 62 - 2021 Nye Helgelandssykehuset

Presentasjon av Styringsdokument for konseptfasen steg 1 av Bergsvein Byrkjeland fra Sykehusbygg og Merethe Myrvang fra Helgelandssykehuset. Tre vedlegg var sendt ut med saken: Utkast til styringsdokument, Kommunikasjonsstrategi og Medvirkning i konseptfase Helgelandssykehuset. Brukerutvalget kom med muntlige innspill til prosjektet i møtet.

Brukermedvirkning er planlagt i styringsgruppe, kontaktgruppe og funksjonsgrupper. Brukerutvalget har fått invitasjon til å oppnevne to representanter til kontaktgruppen, og egne representanter til alle funksjonsgrupper der brukerutvalget mener det er hensiktsmessig og formålstjenlig.

Vedtak: Brukerutvalget tar saken til orientering og takker for invitasjonen til medvirkning.

1. Brukerutvalget velger Ija Nilsen og Anne Lise Brygfjeld inn i kontaktgruppen.
2. Brukerutvalget ønsker mer tid til å velge hvilke funksjonsgrupper de mener de bør være representert i. Hvert medlem/vara sender innspill til

sekretariat om valg av gruppe de ønsker å være brukerrepresentant i.
Funksjonsgruppens inndeling: se pkt. 3.7.3 i Medvirkning i konseptfasen.

Sak 63 – 2021 Revisjon av regionale retningslinjer for honorering av brukerrepresentanter

Helse Nord har invitert til innspill på revisjon av regionale retningslinjer for honorering av brukerrepresentanter.

- Vedtak: Brukerutvalget i Helgelandssykehuset har følgende innspill til revisjonen av regionale retningslinjer for brukerhonorering:
- Formuleringer om ønske om *nøktern honoreringspraksis* bør strykes fra retningslinjene
 - Det bør ikke åpnes for *andre honoreringsordninger* enn det som framkommer i retningslinjene. Lokale honorarordninger fører til forskjellsbehandling.
 - Ordlyd som omhandler at brukere kan kreve *lavere honorar* enn hva retningslinjene skisserer bør strykes.
 - Tapt arbeidsfortjeneste for å medvirke som brukerrepresentant må refunderes.
 - Deltakelse på konferanser bør honoreres med ordinær møtegodtgjørelse. Konferanser bidrar til viktig kompetanseheving for brukerrepresentanter.

Sak 64 – 2021 Status prosjekter/utvalg/forskning Helgelandssykehuset

En oversikt over brukermedvirkning i prosjekter, utvalg og forskningsprosjekter er sendt ut til brukerutvalget. Det er registrert aktivitet i de fleste grupper. De som er usikre er kontaktet, og tilbakemeldinger avventes fra kontaktpersoner.

- Vedtak: Arbeidsutvalget jobber videre med planlegging av en samling for alle medlemmer og vararepresentanter som er oppnevnt i prosjekter, utvalg og forskning til en erfaringsgjennomgang hvor medlemmer kan dele informasjon om prosjekter, status og hvordan brukermedvirkning ivaretas.

Sak 65 – 2021 Oppfølging av sak 33-2021 - Enkelt meldesystem for pasienter og pårørende

Kvalitetsrådgiver Ninja Hansen orienterer om saken. Det pågår et nasjonalt arbeid med Digitale innbyggertjenester for å få til en tilbakemeldingskanal via HelseNorge som går direkte inn i Elements/arkivsystemet, det er en «sikker løsning». Den skal være tilgjengelig i første halvdel 2022. For at pasient/pårørende skal kunne melde «hva-som-helst» inn til oss anbefaler vi at de benytter DigiPost. Det er en sikker e-post løsning som alle innbyggere i Norge har.

Brukerutvalget gir muntlige innspill til saker som man gjerne kunne meldt på en enkel måte til helseforetaket.

Vedtak: Brukerutvalget tar statusoppdatering til orientering. Brukerutvalget setter stor pris på at det er tatt tak i dette og vil gjerne ha tilbakemelding på et senere tidspunkt om status i saken.

Sak 66 – 2021 Digital grunnopplæring for brukerrepresentanter på systemnivå

Vedtak: Brukerutvalget går igjennom den digitale opplæringspakken på nytt. Det sendes forslag til innspill til sekretariat **innen 30. oktober**.

Sak 67 - 2021 Eventuelt

Bekymring for sykehustilbudet som skal bli i Mosjøen

- Ønske om å ta det opp i førstkommende møte

Etablering av ungdomsråd

– orienteringssak i neste brukerutvalgsmøte

Endring av dato for årets siste brukerutvalgsmøte

- Dato endres fra 9. desember til 8. desember. Ønske om å møtes til middag på kvelden den 7. desember.

Protokoll godkjennes endelig i møte 8. desember 2021

Protokollen blir lagt fram som referat sak i kommende styremøte

Kopi til:

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



MØTEREFERAT

Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Onsdag 09.09.21

Møtested: Hotel The Edge, sentrum

Tilstede: Medlemmer: Mathias Halvorsen leder, Johanne-Kristine Mortensen nestleder, Surajja Zeynalli, Kamilla M. Sørensen, Kamilla Hammari Olsen, Marius Sundstrøm, Helena Andersen, Mia Nordahl, Elise Nilssen-Broderstad, Regine Elvevold

Koordinatorer: Mariann Sundstrøm, Marit Nordmo og Elisabeth M. Warvik (referent)

Forfall: Magnhild Hjelme

Saksliste:

UR 23/21 Godkjenning av referat fra 210521

Referat godkjent.

UR 24/21 Nye medlemmer av Ungdomsrådet UNN – introduksjon ved Mathias deretter mindre grupper for å bli kjent

Vi tok en kort presentasjonsrunde innledningsvis. Ungdommene satt i mindre grupper for å bli bedre kjent. Samtidig så de nærmere på forslag til logo. Litt kjedelig logo. Men det hadde vært fint å ha logo og genser klar til turen. Logo kan jo endres senere hvis mulig. Det er veldig små skrift og den bør flyttes opp på ryggen så den vises på alle. Rådet ønsker å velge mellom noen farger og se eksempler på gensere.

UR 25/21 Vara fra Ungdomsrådet til Helsefelleskapet ved Kamilla og Mariann

Kamilla orienterte kort om arbeidet som nylig er kommet i gang. Flere ønsker å vurdere å være vara for Kamilla.

UR 26/21 Diagnoseuavhengige ungdomskurs ved Marit Nordmo

Saken ble tatt inn i gruppearbeidet når overgangsrutinene skulle vurderes. Det kom inn følgende innspill som er oversendt rådgiver Kristin Lernes, Lærings- og mestringssenteret.

- Ungdommene ønsket at de fleste temaene hadde 1 time hver, slik at det gir rom for innspill og spørsmål fra ungdommene
- ICE breaker runde: Ikke bare ha en runde hvor alle presenterer seg. Gjøre noe morsomt og annerledes enn det man er vant til under presentasjon. Det vil lette stemningen fra start
- Litt mer spennende innlegg - ikke så teoritungt. Forslag til at det blir noe praktisk, f. eks. at ungdommene bruker post it lapper på et tema/ord for å få diskusjoner/tilbakemeldinger under/etter fremleggene/temaene
- Forslag om å ha en boks ved inngangen hvor som vil kan legge i spørsmål de har
- Ungdommene trakk også frem at det sosiale er viktig i forhold til erfaringsutveksling, som igjen gir motivasjon videre til ungdommene etter kurset

UR 27/21 Orientering om helgesamling i Hammerfest og saker til helgesamling

- **Hvordan sikre god brukermedvirkning med mer**
- **Annet vi må drøft før avreise?**

Orientering om foreløpig reiseplan og program. Brukermedvirkning vil få god plass lørdag. Det blir program som har tid til bytur og sosialt samvær.

UR 28/21 Motatte rutiner fra Barne- og ungdomsavdelingen mht overgang fra barn til voksen, jfr prinsippene

Ungdomsrådet har fått oversendt fem forslag til rutiner til høring: revmatisk sykdom, epilepsi, kronisk lungesykdom, diabetes og astma. Saken ble innledet ved Mariann for å sette alle og særlig de nye medlemmene inn i tema. Ungdommene fikk tips til momenter som blant annet bør tas inn i vurderingen: Sjekklistene, plan/individuell plan, kontakt med primærhelsetjenesten, ta hensyn til ungdommens behov for å være fleksibel - også på voksensiden, faglig oppdatering på ungdomsmedisin, kontaktperson/kontaktlege eller kontaktpsycholog, informasjon om brukerorganisasjoner, hensyn til skole/arbeid.

I epilepsirutinen var det med tverrfaglighet utelatt helt. Det var ingen informasjon om brukerorganisasjoner. Noen «bør» skal heller være «skal»? Behov rundt språk må framkomme tydeligere. Skole godt belyst men ikke arbeid like godt. Se vedlegg til referat som vil bli oversendt Barne- og ungdomsavdelingen.

UR 29/21 Dialogmøte med styret - hvem kan stille 150921 kl 10.15-11.15 samt tema

Mathias og Kamilla Mari stiller pva Ungdomsrådet. Digitalisering av konsultasjoner, brukerstemmen når viktige avgjørelser skal tas som også må være ungdomsstemmen. Digitalisering ble særlig diskutert – høres ut som et tema mange er opptatt av. Bygg er et eksempel hvor strukturering og brukerstemmen er stort og komplekst og bør løftes fram.

UR 30/21 Eventuelt

Offentlig facebookside hvor Mathias er administrator. Vi trenger en medansvarlig – den som har lyst melder seg.

Vedlegg til referat fra møte i ungdomsrådet dato: 09.09.21

Innspill til foreslåtte rutiner for gode overganger ved BUA. Innspillene er slått sammen, og rettes mot alle de ulike diagnosespesifikke rutinene.

Overordnet:

Ungdomsrådet observerer at rutinene er nesten identiske. Dersom de diagnosespesifikke rutinene ikke skiller seg fra hverandre, stilles det spørsmål ved nødvendigheten av slike. Kan det være like greit å utforme **en** felles og godt gjennomarbeidet rutine for BUA?

Kommentarer til innholdet i rutinene:

-Sjekkliste for modenhet må med. Sjekklisten det vises til er veldig fastsatt, og har ikke noe med vurdering av ungdommens modenhetsgrad å gjøre. Her er eksempel på sjekklister som hjelper helsepersonell og ungdommen selv til å vurdere sin modenhetsgrad:

Sjekklisten Min helse:

https://ungdomsmedisin.no/wp-content/uploads/2015/07/Sjekkliste_Helse_A4_2sider_TRYKK_utencrop.pdf

Sjekklisten Klar for overføring:

https://ungdomsmedisin.no/wp-content/uploads/2015/07/Sjekkliste_Overf%C3%B8ring_A4_2sider_TRYKK_utencrop.pdf

-Unngå begrepet «bør». Individuell plan og overføringsplan er planer ungdommen har krav på. Begrepet **skal** brukes i stedet for **bør**.

-Fastlege må være inkludert gjennom hele overgangsforløpet. Dette kommer i tillegg til kontaktlege.

-Informasjon om medisiner og medisinskfaglige opplysninger må formidles på en slik måte at det sikres at ungdommen selv forstår dette fullt ut.

- På temalisten for samtaler med ungdommer i alle fasene av overgangsforløpet mener vi det er viktig å spesielt vektleggepunktene 3 og 4: Hensynet til skole og utdanning, sosialt liv og aktiviteter.

-I forhold til skole vektlegges tilpasning av arbeidsmengde, tilrettelegging for både fysisk og digital undervisning, og at skoletilbudet og planer for gjennomføring må være fleksible.

- Språk nevnes ikke i planene. Det er en utfordring at helsepersonell mangler kompetanse på samisk/kvensk/ tegnspråk. Tilgang til tolk er viktig. For å føle seg likeverdig, ivaretatt og sett må det tas hensyn til språklige utfordringer.

-Planlegging av time på voksenavdeling: Ungdomsrådet påpeker at timeavtale bestemmes av barneavdeling OG PASIENT.

-Pårørende. Ungdomsrådet påpeker at pårørende skal inviteres til å følge pasienten også ut over den første samtalen/konsultasjonen.

-Tverrfaglighet. Ungdomsrådet påpeker at overføring og planlegging av overføring skal ta hensyn til ungdommens behov for tverrfaglig oppfølging. Her nevnes: sykepleier, koordinator, behandlende lege, kontaktlege/kontaktpsykolog, sosionom, ernæringsfysiolog m. fl.

-Informasjon om og kontakt med brukerorganisasjoner må tas inn i planen. God kontakt med brukerorganisasjoner bidrar til:

- Fellesskap og deling av erfaringer.
- Opplysning om rettigheter og stønader, tilrettelegging osv.
- Støtter selvstendigjøring hos ungdommen.

September 2021

Vennlig hilsen

Ungdomsrådet UNN



MØTEREFERAT

Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Onsdag 27.09.21

Møtested: Skype

Tilstede: Medlemmer: Mathias Halvorsen leder, Johanne-Kristine Mortensen nestleder, Kamilla M. Sørensen, Kamilla Hammari Olsen, Regine Elvevold

Koordinator: Mariann Sundstrøm (referent)

Forfall: Iben Einan (pause), Surajja Zeynalli, Ola Ass Hansen(pause), Magnhild Hjelme, Helena Andersen, Elise Marie Nilssen-Broderstad. Mia Berggren Nordahl og Marius Sundstrøm meldte begge fra at de ikke kom inn på linken

Saksliste:

UR 31/21 Innspill til Helse Nord vedrørende oppdragsdokument for 2022

Medlemmene av rådet hadde på forhånd fått materiell som beskriver hva et oppdragsdokument er, og de har fått innsyn i henvendelse fra Helse Nord hvor det etterspørres tre innspill med begrunnelse.

Assisterende direktør Elin Gullhav og fra leder ved barne- og ungdomshabiliteringen Oddmar Ole Steinsvik innledet saken.

Viktige tema som ble tatt opp av innlederne var videre satsing på barn og unge, kronikergruppene og spesielt ungdom med ervervet hjerneskade. Oppfølging av oppdrag gitt 2020 om behandlingslinje for ungdom med ervervet hjerneskade. Behandlingslinjen bør ivareta psykososial oppfølging hvor kontaktpsykolog under hele forløpet fra start under somatisk intensiv behandling og i det videre vurderes som en mulig løsning. Manglende helhetlig tilbud til pasienter med autismespekterdiagnoser. Dette er en voksende gruppe pasienter hvor for god behandling under ungdomsårene har stor betydning for det videre livsløpet, for å forhindre psykiske plager og å komme over i en voksenidentitet. Intensiv habilitering for kronikergruppene mangler i Helse Nord, og det trengs et familiesentrert tilbud for barn og unge med sammensatte lidelser.

Medlemmene av rådet kom fram til at de ønsker å prioritere kronikergruppene samt betydningen av økt og tilrettelagt digitalisering/ økt digital tilgjengelighet i helsevesenet for ungdom.

I tillegg ble betydningen av evalueringen av tjenester(psykiatri?) trukket fram, samt etablering av ordninger med erfaringskonsulenter også i tjenester for barn og unge.

Koordinator utformer tre innspill på bakgrunn av diskusjonen, som legges ut på facebookgruppen for en siste gjennomgang før innsending innen fristen den 5.oktober.

UR 32/21 Innspill til spørreskjema i forbindelse med mulighetssamtalen i BUP ved Siri Høylo Fundingsrud, BUP Tromsø

Siri H Fundingsrud orienterte om CAPA og mulighetssamtalen. Prosjektet vil sette fokus på mulighetssamtalen og evaluere om samtalen tilfredsstillende forventningene hos barn/ungdom og foreldre. Spørreskjemaet ble gjennomgått og ungdommene kom med innspill på det enkelte spørsmål til Siri.

UR 33/21 Valg av vara til helsefellesskapet (Strategisk samarbeidsutvalg)

Deltagelse i helsefellesskapet (Strategisk samarbeidsutvalg) innebærer: Vara deltar ved forfall hos medlem Kamilla Mari Sørensen. Det er totalt ca 8 møter i året med en varighet på ca 4 timer for hvert møte. Deltagelsen honoreres. Man må etter hvert regne med fysisk oppmøte. Vara får innføring i oppdraget av fast medlem Kamilla Mari Sørensen.

Innledningsvis fikk Kamilla Mari Sørensen forespørsel om hun kan tenke seg å stille som UR-representant i Helsefellesskapets faggruppe for barn og unge, i tillegg til strategisk samarbeidsutvalg. Saken følges opp i samråd mellom koordinator og Kamilla Mari Sørensen.

Valg av vararepresentant til strategisk samarbeidsutvalg (Helsefellesskapet):

Mia Berggren Nordahl meldte interesse for oppgaven, og ble av et enstemmig ungdomsråd valgt som vararepresentant.

UR 34/21 Eventuelt

Ingen saker.



MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Tirsdag 14.09.2021 kl 11.00 – kl 16.10

Møtested: Møterom D1-707

Møtedato: Onsdag 15.09.2021 kl 10.15 – kl 12.15

Møtested: Møterom Fyrhuset, Åsgård

Tilstede: **Medlemmer:** Kirsti Baardsen (leder), Paul Dahlø (nestleder), Hans-Johan Dahl, Nina Nedrejord, Terje Olsen, Merete Krohn, Merethe Saga Lønnum, Ulf J Bergstrøm, Ingolf Kvandahl, Mildrid Pedersen (forfall dag 1)

Forfall: Siv-Elin Reitan, Mildrid Pedersen (forfall dag 1)

Fra adm.: Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen
Administrasjonsulent Hilde A. Johannessen (referent)

Saksliste

Dag 1:

BU-35/21 Godkjenning av innkalling og saksliste
Innkalling og saksliste ble gjennomgått.

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste.

BU-36/21 Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 09.06.2021
Referatet ble gjennomgått.

Vedtak Referatet ble godkjent.

BU-37/21 Brukerrepresentant: Uttesting av applikasjon av medisin-teknisk utstyr i UNN

Ehelse og IKT-avdelingen ønsker en brukerrepresentant til prosjekt vedrørende uttesting av applikasjon av medisin-teknisk utstyr for mobil og nettbrett i UNN. Brukerrepresentant Terje Olsen har meldt seg.

Vedtak: Brukerutvalget oppnevner Terje Olsen som brukerrepresentant i prosjektet. Administrasjonen formidler kontaktinformasjon.

BU-38/21 **Forskningsutvalg i NOR-klinikken - brukerrepresentant**
NOR-klinikken v/rådgiver Torill Davida Nilsen har henvendt seg til Brukerutvalget med ønske om en brukerrepresentant til klinikkens Forskningsutvalg. Merete Krohn ble valgt.

Vedtak: Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentant Merete Krohn til utvalget, og administrasjonen formidler kontaktinformasjon.

BU-39/21 **Brukerperspektiv om videokonsultasjon**
Lars Erik Tunby presenterte systemet og pasientinformasjonen. Systemet heter *Whereby*. Det krever ikke nedlasting av programvare, og bestilling av time gjøres enkelt ved å gå inn på Helsenorge.no og trykke på knapp for bestilling av time. Lenke for bestilling av time finnes også i innkallingsbrevet og på SMS. Det er et tilbud til de pasientene som ønsker det.
Lege og pasient vurderer sammen hva som er best i det enkelte tilfelle.

Innspill fra Brukerutvalget:

- Burde dette også vært på samisk?
- Hva med de som er blinde?
- Hva mener Ungdomsrådet om dette?

Vedtak: Brukerutvalget er fornøyd med orienteringen og prosjektleder tar med innspillene tilbake til prosjektet.

BU-40/21 **IT-opplæring av iPad**
Saken ble utsatt.

Vedtak: Saken settes opp til neste møte i Brukerutvalget 02.11.2021.

BU-41/21 **Diskusjon**
Brukerutvalges representanter kom med innspill til BAU om saker til Brukerutvalget:

- Orientering om prioriteringskriterier innenfor de ulike fagområdene
- Oppdatering på konsekvenser og ringvirkninger av covid-19 ved UNN (eks operasjoner, flytting av rehabiliteringsavdelingen)

- Hvordan er rehabiliteringstilbudet for pasientene ved UNN generelt, og nå under pandemien ? Hvordan tas etterslepet igjen?
- Status intensivkapasiteten
- Pårørende – oppfølging
- Samhandling psykisk helse og rus og somatikk. Se og høre mer om disse planene.
- Til direktøren: Lærings- og mestringssenteret: Hvordan drives det? Hvem får tilbud? Ifølge Oppdragsdokumentet skal dette evalueres
- Selvmordsbildet
- Seneffekter kreft
- Hvordan jobbe for at BU-leder kan få stemmerett i styret
- Ambulansetjenesten – litt rundt det
- Hvordan motivere og beholde personell og de som utdanner seg
- Hvordan organiserer kommunen helsetjenesten nå? SSU?
- Blære- og tarmsykdommer – behov for kontaktperson for veiledning

Vedtak Innspillene tas med til neste møte i BAU.

BU-42/21 Orienteringssaker

BU-42/21-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper

(dette er siste oppdaterte liste fra siste BU-møte)

	Aktivitet/Prosjekt	Ansvarlig 2020-2022	Status/ merknader
1	Styret ved UNN	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara	
2	Kvalitetsutvalget i UNN	Kirsti Baardsen Merethe S Lønnum vara	
3	Prostatasenteret ved UNN	Hans Johan Dahl Ulf J Bergstrøm vara	Utvalget i dvale i koronatiden.
4	Strategisk Samarbeidsorgan - SSU (Tidligere OSO - Overordnet Samarbeidsorgan)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Endret navn i møte 22.4.2021 (Partnerskapsmøtet)Paul referert I møtet 09.06.221
5	Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Helse Midt ønsker samarbeid – fellesstrategi om utsalg,forsyningssikkerhet.
6	Parkeringsutvalget	Merete Krohn Mildrid Pedersen vara	Møte 09.09.21 avlyst pga lite saker. Nytt møte 11.11.21. Merete vil sjekke opp om underskiltene for HC P er fjernet og korttidsparkering for HC er utvidet til 4 timer.
7	Pasientsentrert helsetjenesteteam Samme som 35	Merethe Saga Lønnum Ulf J Bergstrøm Marit Stemland vara	Stormottakersatsingen. Adm. sjekker om det skjer noe. Ferdig? Gro Berntsen.
8	Nye UNN Narvik	<u>Styringsgruppe:</u> Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara	Opprettet en liten undergruppe av brukerrepresentanter Driftsleder i Narvik lager forslag

		<u>Prosjektgruppe:</u> Anita Fjellfoss, Narvik <u>Brukerrepresentanter:</u> Esben Haldorsen Cathrin Carlyle Marit Myklevoll	til koordinatorstilling. Gir tilbakemelding til BU. Orienteringsmøte om uteområder.
9	Kvam utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Nina Nedrejord Terje Olsen vara	Klinikkssjef Jon Mathisen
10	Kvam utvalg Diagnostisk klinikk	Terje Olsen Kirsti Baardsen vara	Klinikkssjef Kate Myreng Vært møte. Prosjekt "Der skoen trykker": -prioritering av vaksinerings av personell -mangel på lokalisering
11	Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken	Hans- Johan Dahl Mildrid Pedersen vara	Klinikkssjef Kristian Bartnes
12	Kvam utvalg NOR klinikken	Merete Krohn Merethe S Lønnum vara	Fung.klinikkssjef Karl Ivar Lorentzen (Klinikkssjef Bjørn Yngvar Nordvåg i permisjon) Møte den 09.09.21: Bransjeprogram IA i sykehus «Der skoen trykker» - interesse for å delta i prosjektet, legges fram for ledergruppe, ansatte og KVAM-utvalg. Redusere sykefravær er positivt for alle, og god kvalitet for pasientene. Systematisk arbeid med nærvær krever tid, men det samme gjør høyt sykefravær. Brukerrepresentant mfl. møter på klinikkssjefs kontor når KVAMU dagen gjennomføres digitalt den 21.10.21.
13	Kvam utvalg Psykiatri- og rusklinikken	Nina Benjaminsen Merethe S Lønnum vara	Klinikkssjef Eirik Stellander. Pasientvelferdsmidler.Kontakt med Nina og Merethe for oppfølging til BU.
14	Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken	Merethe Saga Lønnum Nina Nedrejord vara	Klinikkssjef Eva- Hanne Hansen Ønsker å kutte faste besøkstider Meldesystem BU-representanten får 10 min i starten av hvert møte.
15	Kvam utvalg Barne- og ungdomsklinikken	Ungdomsrådet Nina Nedrejord	Kst. klinikkssjef Marianne Nordhov Vært på et møte.
16	Kvam utvalg Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken	Terje Olsen Ulf Jack Bergstrøm vara	Kst. klinikkssjef Fredrik Sund. Kontaktperson Merete Andreassen. Møte snart.
17	Kvam utvalg Medisinsk klinikk	Mildrid Pedersen Siv-Elin Reitan vara	Klinikkssjef David Johansen
18	Utvikling av sykepleiernes praksisstudier	Nina Nedrejord	Ingenting skjer. Adm.sjekker om den fortsatt eksisterer. Purres.
19	Prosjekt arealplan UNN Harstad	Arvid Eliseussen Ulf Jack Bergstrøm vara	Kommunen har overtatt lead på prosessen. Nytt helsehus i

			Harstad som skal bygges og dette er kommunalt hovedansvarlig.
20	Pasient-app saken HN FRESK	Martin André Moe fortsetter	Martin finner ut om den er avsluttet eller ikke.
21	Ungdomsrådet	Kirsti Baardsen	
22	Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Avventer situasjonen. Nina vært i kontakt med Nina Moe-Nilssen.
23	Helse I Arbeid	Mildrid Pedersen Terje Olsen vara	Ikke skjedd noe i arbeidsgruppen. Mildrid sjekker.
24	Samhandlingsforum for somatikk i UNN Tromsø UNN Harstad UNN Narvik (endres til Faglig Samarbeidsutvalg?)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Usikkert om disse blir videreført, men det er fortsatt møter.
26	Etablering av robotassistert PCI	Nina Nedrejord	Har vært et møte. Stoppet pga korona.
28	Klinisk etisk komite	Terje Olsen Kirsti Baardsen vara	Møtene går sin gang.
29	Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Martin Moe	Diabeteshjelpemidler. Aktiv.
30	Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara Terje Olsen	Prøve på en fornuftig fordeling av de tre UNN-lokaliseringer - hvor skal behandling plasseres. BU mener at det må være samlet fagmiljø slik at kvaliteten for pasientene sikres. NOR er ganske ferdig med å utrede sitt, K3K er ikke ferdig. Skal presenteres samlet. Kirsti i arbeidsutvalget Terje i styringsgruppe NOR Paul i styringsgruppe K3K Manglende styring i styringsgruppene.
32	Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø - konseptfase	Merethe Saga Lønnum	Tor-Arne Hanssen. Over i ny fase – konseptfase. Vært heftig aktivitet.
33	KSU - Fagråd for Akuttmedisinsk tjeneste	Hans-Johan Dahl	Vil sannsynligvis bli videreført som en SSU.
34	KSU 1/2020 – Helhetlig gjennomgang av tjenesteavtale 2	Merete Krohn	Tema I SSU om avtalene skal revideres. Har ikke hørt noe.
35	Stormottakersatsingen Samme som 7	Ulf J Bergstrøm Merethe S Lønnum	Ulf og Merethe deltatt på seminar – stormottakersatsingen “En vei inn”.
36	Revisjon av UNNS overordnede strategi	Merethe S Lønnum	Vedtatt i styret i juni.
37	Pingvin TV – kulturavdelingen	Merethe S Lønnum	Har ikke hørt noe fra de.
40	Ressursgruppa for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen	Nina Nedrejord	Jobbet mye, aktivt utvalg. Innstilling klar neste møte?

Vedtak Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet følger opp der det er aktuelt. De enkelte representantene følger opp

sine prosjekt.

BU-43/21

Direktørens time

Konst. viseadministrerende direktør Einar Bugge svarte ut følgende:

- **Pårørende:**

**Barn/barnebarn som pårørende der foreldre/besteforeldre er syk (pasient). Finnes det rutiner for oppfølging av dette, eller er det opp til hver enkel klinikk å følge opp?
Er det oppfølging av barn selv om forelder er friskmeldt?**

Det er gode regionale rutiner for oppfølging på dette området. Alle helseforetakene i Helse Nord har koordinatorene som leder arbeidet med barn som pårørende. I tillegg har alle avdelinger en klinikkbarneansvarlig/koordinator som er ansvarlig i sin avdeling. UNN har jobbet systematisk med dette over lang tid. Når pasienter blir frisk eller faller bort, er ansvaret til UNN over, og kommunen tar eventuelt over.

Brukerutvalget etterspurte om det er gjort noe i forhold til den nye pårørendestrategien som kom fra Direktoratet i desember. Det er ikke gjort noe med dette på systemnivå.

- **Distriktjenester – hvordan utvikles disse. Utviklingen stagnert i forhold til ny ambulering**

Barnelegene ved UNN ambulerer på skift regelmessig til Harstad og Narvik. I tillegg ambulerer også leger fra blant annet nyremedisin, øre-nese-hals og øyeavdelingen, mye grunnet utfordring med rekruttering av leger i Harstad og Narvik. Videokonsultasjoner er til god hjelp, og det arbeides med å utvikle dette.

Andre tema:

I juni ble Strategi for UNN 2021-2025 vedtatt. Implementering?

Det er engasjert et firma for å lage gode og interessante presentasjonsmateriale for å få den belyst på en lettere og interessant måte. Den blir lansert om ikke så lenge.

Intensivkapasiteten ved UNN under pandemien:

Dette er en av de viktigste læringer som er gjort, og vil følges opp og ikke bli glemt. Mangel på intensivsykepleiere er en utfordring. Da utdanningstilbudet ikke hjelper på kapasiteten, må en finne andre måter å løse dette på. Eksempelvis bruke assistenter, sykepleiere osv. der det lar seg gjøre.

Vedtak:

Videokonsultasjoner og nye tekniske muligheter. Brukerutvalget forventer at det settes større fokus på bruk av videokonsultasjoner.

Det må være en klar strategi for i større grad å ta i bruk nye tekniske muligheter. Samtidig må desentraliserte tjenester utvikles.

Brukerutvalget forventer av Helsefellesskapet har større fokus på muligheten for en tjeneste i kommunen hvor det kan avklares hvorvidt poliklinisk konsultasjon ved sykehus og derved lang og krevende reise er nødvendig. I denne tjenesten må også kunne inngå bistand til gjennomføring av en videokonsultasjon.

BU-44/21 Innspill til oppdrag i Oppdragsdokument 2022

Brukerutvalget gjennomgikk aktuelle punkter i Oppdragsdokumentet for 2022 og kom med følgende innspill til Regionalt brukerutvalg:

- Forskning i kommunehelsetjenesten
- Forlengelse av psykiske satsinger, økt samhandling mellom helse/rus/somatikk som dokumenteres
- Rekruttering og stabilisering av helsepersonell for å sikre kvalitet. Måles på turnover.

Vedtak: Administrasjonen formidler innspillene til Oppdragsdokumentet fra Brukerutvalget til Regionalt brukerutvalg.

BU-45/21 Referatsaker

Følgende vedlegg fremlegges:

- 1.Referat fra møte i Sykehusapotek Nord, 08.02.2021
- 2.Referat fra møte i Ungdomsrådet, 21.05.2021
3. Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset 10.06.2021
4. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 09.06. og 28.06.2021
- 5.Referat fra møter i Kvalitetsutvalget, 01.06.2021
- 6.Referat fra møter i BU Nordlandssykehuset, 15.04.og 12.05.2021
7. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, 30.08.2021

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-46/21 Eventuelt

1. Brukerrepresentant til SSU (Strategisk samarbeidsutvalg)

Strategisk samarbeidsutvalg har behov for en representant til Faglig samarbeidsutvalg (som erstatter KSU i tidligere OSO). Prosjektet jobber med utfordringer tilknyttet rekruttering og stabilisering av helsepersonell i Ofoten og Troms.

Vedtak: Informasjon om prosjektet sendes til Brukerutvalget. Ved interesse for å delta, gis tilbakemelding til administrasjonen v/Hilde A Johannessen.

Dag 2:

BU-47/21 Dialogmøte – Brukerutvalget, Styret og Ungdomsrådet
Styret, Brukerutvalget og Ungdomsrådet var tilfredse med dialogmøtet.

BU-48/21 Felles gjennomgåelse av Regionalt brukerutvalgs nettkurs for Brukermedvirkning på systemnivå
Nestleder hadde en rask gjennomgang av nettkurset. Det legges opp til en bredere diskusjon rundt de ulike modulene i neste møte.

Vedtak: Representantene går gjennom kurset hver for seg, og saken settes opp til møte i Brukerutvalget 02.11.2021.

Kirsti Baardsen (sign.)
leder

Hilde A Johannessen(sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 02.11.2021.

Kopi til:

- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Sissel Eidhammer, Nordlandssykehuset
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Bård Forsdahl
- Lærings- og mestringssenteret, UNN v/ Kristin Lernes
- Kreftforeningen v/ Wenche P Kjølås
- Ungdomsrådet UNN v/ Elisabeth Warvik

Møtedato: 10-11. november 2021

Arkivnr.:
2021/1015-2

Saksbeh/tlf:
div saksbehandlere, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 3. november 2021

RBU-sak 117-2021 Eventuelt