Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF
- medlemmer og varamedlemmer

Cecilie Daae
Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Deres ref.:	Vår ref.:	Saksbehandler/dir.tlf.:	Sted/Dato:
	2020/999-19	Hilde Normann/75512900	Bodø, 04. mars 2021

Møte i Regionalt brukerutvalg, den 11 mars 2021– innkalling

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

11. mars 2021 – kl. 08.30-14.00
Møtet avholdes på Teams

Medlemmer bes før møtet sende en datert liste over egen møtevirksomhet siden siste RBU møte til sekretariatet. Listen protokollføres under orienteringssaken.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHFs administrasjon, rådgiver Unn Hamran på tlf. 906 904 25 eller pr. e-post til *unn.hamran@helse-nord.no*.

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

Vennlig hilsen

Geir Tollåli direktør	Hilde Elisabeth Normann konsulent

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.

Kopi: Adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord
Leder for brukerutvalgene og ungdomsrådene i helseforetakene i Helse Nord
Brukerorganisasjoner i Nord-Norge (etter liste)
Pasientombudene i Nord-Norge

Postmottak bes distribuere internt.
Vedlegg

Møte
Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF

Innkalling med saksdokumenter

Dato: 11. mars 2021

Kl.: 08.30 til ca. 14.00

Sted: Teams

Møtedato: 11. mars 2021

Arkivnr.:	Saksbeh/tlf:	Sted/Dato:
2020/999-19	Hilde Normann, 75512900	Bodø, 11. mars 2021

RBU-sak 16-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

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

Sak 16-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side	1
Sak 17-2021	Godkjenning av protokoll	Side	3
Sak 18-2021	Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan	Side	11
Sak 19-2021	Årlig melding	Side	15
Sak 20-2021	Helsefellesskap – status for arbeidet i helseforetakene	Side	108
Sak 21-2021	Nasjonal plan for etablering av områdefunksjoner i fengsel	Side	112
Sak 22-2021	Implementering av ParkinsonNet	Side	155
Sak 23-2021	Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten. Orientering og drøfting	Side	221
Sak 24-2021	Årsrapport RBU 2020	Side	271
Sak 25-2021	Evaluering av pasienterfaringer under pandemien. Rapport fra Helsetilsynet	Side	285
Sak 26-2021	Egenevaluering – avklaring av videre prosess	Side	343
Sak 27-2021	Referatsaker	Side	345

1. Protokoll AU RBU 03 mars 2021
2. Protokoll BU Helgelandssykehuset 15. januar 2021
3. Protokoll BU Helgelandssykehuset 19. februar 2021
4. Protokoll BU Sykehusapotek Nord 7. desember 2020
5. Protokoll BU Sykehusapotek Nord 21. september 2020
6. Protokoll BU UNN 9. desember 2020
7. Referat UR UNN 22. januar 2021
8. Referat UR UNN 10. februar 2021
9. Referat BU Nordlandssykehuset 20. november 2020
10. Referat UR Nordlandssykehuset 22. februar 2021
11. Protokoll BU Nordlandssykehuset 10. februar 2021
12. Referat UR Finnmarkssykehuset 10. februar 2021
13. Referat Fellesmøte Ungdomsrådene i Helse Nord 4. november 2020
14. Årsrapport UR UNN 2020
15. Årsmelding UR Finnmarkssykehuset 2020
16. Årlig melding BU Helgelandssykehuset 2020
17. Årsmelding UR Nordlandssykehuset 2020

Sak 28-2021	Orienteringssaker	Side	484

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

Sak 29-2021	Eventuelt	Side	487

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

Innkalling og saksliste godkjennes.

Bodø, 11 januar 2021
Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 11. mars 2021

Arkivnr.:	Saksbeh/tlf:	Sted/Dato:
2020/999-19	Hilde Normann, 75512900	Bodø, 04. mars 2021

RBU-sak 17-2020 Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 21 januar 2021

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

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 21 januar 2021 godkjennes.

Bodø, 04. mars 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Protokoll

Vår ref.:	Referent/tlf.:	Sted/Dato:
2020/999-18	Tone Amundsen, 75 51 29 00	Bodø 21 januar 2021

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	21 januar 2021
Møtested:	Teams
Neste RBU - møte:	11. mars 2021

Tilstede

Navn:	**Tittel:**	**Organisasjon:**
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Laila Edvardsen	nestleder	FFO -
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Gunnhild Berglen	medlem	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Karen Agnete Hagland	medlem	Kreftforeningen
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Barbro Holmstad	medlem	SAFO
Leif Birger Mækinen	medlem	FFO
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Åse Senning	varamedlem	FFO
Hege Johannessen	varamedlem	FFO - ME
Kari Bøckmann	rådgiver	Helse Nord RHF
Hilde Normann	konsulent	Helse Nord RHF
Geir Tollåli	fagdirektør	Helse Nord RHF
Espen Mælen Hauge	rådgiver	Helse Nord RHF
Janny Helene Aasen	revisjonssjef	Helse Nord RHF
Ingvild Marie Dokmo	rådgiver	Helse Nord RHF
Tone Amundsen	rådgiver	Helse Nord RHF
Erik Arne Hansen	økonomidirektør	Helse Nord RHF
Tove Sørensen	prosjektleder	Helse Nord IKT HF
Lars Alvar Mickelsen	seksjonsleder	Helse Nord RHF
Tove Klæboe Nilsen	fung kvalitets- og forskningsdirektør	Helse Nord RHF
Knut Høybråten	rådgiver	Helse Nord RHF
Kristina Lindstrøm	rådgiver	Helse Nord RHF
Finn Henry Hansen	rådgiver	Helse Nord RHF

RBU-sak 01-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 01-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 02-2021	Godkjenning av protokoll
Sak 03-2021	Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024
Sak 04-2021	Evaluering av ForBedring 2020 RBU
Sak 05-2021	Oppdragsdokumentet
Sak 06-2021	Brukerinvolvering i revisjonsoppdraget «Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne
Sak 07-2021	Oppnevning til arbeidsgruppen spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen
Sak 08-2021	REK - forslag til medlemmer for perioden 1 juli-30 juni 2025
Sak 09-2021	Oppnevning til prosjektstyre «Digitale pasienttjenester i nord»
Sak 10-2021	Konseptfase nybygg psykisk helse- og rusbehandling Tromsø - justering av alternativer
Sak 11-2021	RBU-sak 11-2021 Ny forsknings- og innovasjonsstrategi i Helse Nord - siste innspillsrunde
Sak 12-2021	Strategi for bruk av kunstig intelligens
Sak 13-2021	Referatsaker 1. Protokoll RBU AU 021220 2. Referat Finnmarkssykehust BU 15.12.20 3. Referat Finnmarkssykehuset BU Årsrapport 2020 4. Referat UNN BU 10.11.20 5. Referat NLSH UR 26.11.20
Sak 14-2021	Orienteringssaker Informasjon fra RBU-leder – muntlig Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig Styremøter i Helse Nord – informasjon om planlagte styresaker
Sak 15-2021	Eventuelt

Vedtak:
Innkalling og saksliste godkjennes.

RBU-sak 02-2021 Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 10. og 11. november 2021

Vedtak:
Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 10. og 11. november godkjennes.

RBU-sak 03-2021 Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024

Vedtak:
1. RBU gir sin tilslutning til strategi for Helse Nord RHF 2021-2024.
2. RBU har følgende innspill til arbeidet:
    a. Det bør fremheves i strategien at brukermedvirkning skal gjennomsyre aktuelle beslutningsprosesser i foretaket
    b. Pasienter og pasientbehandling bør i større grad fremheves

c. Pasienter og pårørende bør omtales som en ressurs, også i omtalen om mål om det utadvendte sykehus
d. Strategien bør synliggjøre kvalitetssikring ved bruk av kommersielle aktører

RBU-sak 04-2021 Evaluering av ForBedring 2020

Vedtak:
1. RBU tar saken til orientering.

RBU-sak 05-2021 Oppdragsdokumentet 2021

Vedtak:
1. Regionalt Brukerutvalg slutter seg til de krav og prioriteringer som framgår av utkast til oppdragsdokument 2021 til helseforetakene.

2. Regionalt brukerutvalg støtter de tilbakemeldingene som er kommet fra Helse Nord RHF på de punkter som ble diskutert i dialogmøtene.

RBU-sak 06-2021 Brukerinvolvering i revisjonsoppdraget «Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne»

Vedtak:
1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om hvordan brukerinvolvering inkluderes i internrevisjon innen psykisk helsevern for voksne til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg ser positivt på at brukerinvolvering inkluderes i interne revisjoner der dette er hensiktsmessig ut fra revisjonens formål.
3. RBU ber om at flere kilder tas med i revisjon av psykisk helsevern for voksne, inkludert brukerpanel, brukermedvirkningsforum, erfaringskonsulenter og pasient- og brukerombud
4. RBU ber om at klager og gjentatte avviste henvisninger av samme pasient vurderes inkludert i framtidige revisjoner av psykisk helsevern for voksne
5. Regionalt brukerutvalg ber om å få framlagt revisjonens oppsummeringsrapport når denne foreligger, samt å bli involvert ved eventuell oppfølging av denne.

RBU-sak 07-2021 Oppnevning til arbeidsgruppen «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen»

Vedtak:
1. Regionalt brukerutvalg oppnevner følgende person til å sitte i arbeidsgruppen «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i perioden fram til juli 2021

- Ester Fjellheim

RBU-sak 08-2021 Oppnevning REK

Vedtak:

1. Regionaltbrukerutvalg oppnevner følgende personer (én mann og én kvinne) som kan vurderes for deltakelse i REK.
   a) Ole Marius Minde Johnsen
   b) Hege Johannessen

RBU-sak 09-2021 Oppnevning til prosjektstyre Digitale pasienttjenester i nord

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner følgende personer til å sitte i prosjektstyret for «Digitale pasienttjenester i nord i prosjektperioden eller etter nærmere avtale.

a) Ole Marius Minde Johnsen
b) Gunnhild Berglen

RBU-sak 10-2021 Konseptfase nybygg psykisk helse-og rusbehandling Tromsø - justering av alternativer

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar saken til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til arbeidet:
   a) Sørge for gode utendørs reakrasjonsområder, der det også tas hensyn til innsynsvern.
   b) Fortsette med god brukermedvirkning i videre byggeprosess.

RBU-sak 11-2021 Ny forsknings- og innovasjonsstrategi i Helse Nord – siste innspillrunde

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen til etterretning.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til prosessen med å lage ny forskningsstrategi for Helse Nord:
   a) Brukermedvirkning i forskning bør bygges ut med system for enkle og tilgjengelige løsninger for å melde fra om forskningsønsker og innovasjonsideer. Det vil være nyttig for helsevesenet å få kjennskap til de kunnskapshullene pasientene har identifisert.
   b) For å nå målet om en økning i kliniske studier, må være et tydelig fokus på på praktisk tilrettelegging og rettigheter for pasientene som skal delta.

RBU sak 12-2021 Strategi for bruk av kunstig intelligens

Vedtak:

1. Saken tas til orientering
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til arbeidet:
    - RBU understreker viktigheten av å sikre god brukermedvirkning i den videre prosessen.

RBU-sak 13-2021 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll RBU AU 021220
2. Referat Finnmarkssykehust BU 15.12.20
3. Referat Finnmarkssykehuset BU Årsrapport 2020
4. Referat UNN BU 10.11.20
5. Referat NLSH UR 26.11.20

Vedtak:

Framlagte referat tas til orientering.

RBU-sak 14-2021 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om arbeidet i følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder - muntlig

Hver mandag: Teams-møte i HN RHF om Coronaviruset – info – samordning, planer, tiltak.
08.12.20 Arbeidsgruppemøte CRC Screening
15.12.20 Temamøte HN RHF
16.12.20 Styremøte HN RHF
08.01.21 AU-møte RBU
14.01.21 Sykehustale - Foretaksmøte
19.01.21 Dialogmøte oppdragsdokument RBU

2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig

Arne Vassbotn
18.11.20 Persontilpasset medisin, 0915-1100.
23.11.20 Nytt kvalitetssystem, 1200-1300.
01.12.20 Nytt kvalitetssystem, 1300-1530.
09.12.20 Nytt kvalitetssystem, 1200-1330.
07.01.21 Nytt kvalitetssystem, 1100-1200.
14.01.21 Nytt kvalitetssystem, 0830-1200.
15.01.21 Nytt kvalitetssystem, 1300-1530.
19.01.21 Dialogmøte- Oppdragsdokument, 1200-1400.

Leif Birger Mækinen
03.12.20 LIS medisininnkjøp
07.12.20 Pasientreiser
13.01.21 Pasientreiser

19.01.21 Dialogmøte Oppdragsdokument
Ole Marius Minde Johnsen
30.11.20 Tildelingsutvalget for Helse Nords forskningsmidler
Gunnhild Berglen
19.11.20 Erhvervet hjerneskade. Rapport kommer på nyåret.
07.12.20 BU Pasientreiser HF
07.12.20 Strategi Helse Nord
08. 12.20 Brukertesting Pasientreiser
09.12.20 USAM, ekstraord møte
15.12.20 Innlegg for BU Finnmarkssykehuset om Pasientreiser og RBU's behandling av Pasientreisesaker i 2020.
17.12.20 deltok på NFR digitalt seminar om covid-forskning
17.12.20 Strategi Helse Nord
13. 01.21 Kompetansegruppe serviceparametre Pasientreiser
+ AU møter i RBU
Kitt Anne Jorid Hansen
16.12.20 Møte om nye anbefalinger i arbeide med rettighetsvurderinger og fritt behandlingsvalg i TSB.

3. Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig fra Cecilie Daae og Geir Tollåli
    - Endringer i toppledelsen i HOD
    - Strategiarbeidet for Helse Nord RHF
    - OU- prosessen i Helse Nord RHF
    - SKDEs fremlegging av nasjonalt helseatlas
    - Blant saker som vil prege 2021 er kovid 19, funksjonsfordelingen, kvalitet og pasientsikkerhet samt informasjonssikerhet
    - Avklaring om pasientreiser i forbindelse med testing og vaksinasjon for covid-19
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Vedtak:
Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 15-2021 Eventuelt

A: Nordland fylkeskommune skal behandle ruteplan for Widerøes FOT-ruter med høringsfrist 28.januar.

Vedtak:

1. RBU vil komme med følgende uttalelse om ruteplan for flyreiser på kortbanenettet i Nordland:

Flyreisetilbudet for befolkningen i Vesterålen har under koronapandemien vært nærmest fraværende. Dette har hatt betydelige negative konsekvenser for pasientene i området. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ber om at det opprettes FOT-ruter fra Skagen til Bodø (4-5 avganger pr dag) og fra Skagen til Tromsø (2-3 avganger pr dag).

Bodø, den 21. januar 2021
Godkjent av Knut Georg Hartviksen
den 21 JAN 2021 – kl. 17.00

_____
Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 11.mars 2021
Saksnr.: 2020/999-19

Saksbeh:
Kirsti F. Tidemann

Sted/dato:
Bodø, 1.mars 2021

RBU-sak 18-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan. Orienteringssak.

Innledning/Bakgrunn

Denne saken har til hensikt å informere RBU om prioriteringen administrerende direktør planlegger å legge frem til styret i Helse Nord RHF.

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

ØLP 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan 2022-2029 skal behandles i styremøtet i Helse Nord RHF 22. juni 2021. Vedtatt plan vil være førende for helseforetakenes langtidsplanlegging og budsjetter for perioden.

Helseforetakene er bedt om å styrebehandle innspill til planen innen 30.april 2021. Tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2022-2025 og bærekraftsanalyse skal oppdateres og styrebehandles innen denne fristen.

Styringsmål for Helse Nord

For å innfri de nasjonale styringsmålene fra HOD og starte oppfølgingen av regional utviklingsplan, innretter vi økonomisk langtidsplan i samsvar med styringsmålene Helse Nord er gitt fra HOD:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Samhandling, teknologi, kompetanse og økonomisk sunn drift er sentrale områder i Regional utviklingsplan 2035. Gjennom disse prioriteringene skal vi møte framtidens behov og skape et bærekraftig helsetilbud.

Strategi for Helse Nord 2021-2024 har kortere tidshorisont enn Regional utviklingsplan og bygger på to bærebjelker:

- kontinuerlig forbedring
- bærekraftig utvikling

Mål for plan- og budsjettprosessen
Dialogen mellom RHF og helseforetakene i planprosessen skal bidra til:

- å gi helseforetakene forutsigbarhet i planforutsetningene slik at det gir grunnlag for langsiktig planlegging.
- å sikre at hvert helseforetak og Helse Nord samlet har en økonomisk bærekraftig plan.
- å gi helseforetakene mulighet for å komme med innspill til plan.
- å sikre en årlig og helhetlig prosess, hvor prioriteringer skjer ved rullering av planen i juni.

Tilbakemelding fra helseforetakene

IKT-prosessen
Det blir avholdt egen prosess med hensyn til prioritering av IKT.

Tiltakene vil grupperes ut fra følgende kategorier:

1. Tiltak som følge av myndighetspålagte eller tilsyn/pasientsikkerhet krav
2. Kliniske tiltak
3. Administrative tiltak
4. Infrastrukturtiltak
5. Reinvesteringer i eksisterende løsninger/infrastruktur

Basert på disse innspillene vil det bli utarbeidet ett notat som kan ligge til grunn for helseforetakenes tilbakemeldinger.

Øvrig budsjettprosess
HF-styrene bes om å behandle:

- Oppdatert tiltaksplan, bærekraftsanalyse, kontantstrøm og lånebehov.
- Innspill til prioriteringer av midler (14 mill. kr.) avsatt til regional utviklingsplan/Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024.
- Innspill på driftstiltak som vil bidra til å skape økt økonomisk handlingsrom.
- Innspill på tiltak basert på erfaringene fra covid-19-pandemien.
- Innspill til justeringer av vedtatt investeringsplan, herunder periodisering av vedtatte større prosjekter. Gjeldene investeringsplan er vedlagt.
- Innspill til justeringer av forslag til IKT-prioriteringer.
- Vurdere nivå på og fremdrift av egen investeringsplan.
- Innspill på driftstiltak som vil bidra til økt kvalitet på pasientbehandling eller bidra til bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

Det vil bli avholdt et budsjettmøte (Teams) med hver enkelt HF, tentativt uke 17/18.

Tilbakemelding fra regionalt brukerutvalg
Regionalt brukerutvalg inviteres til å ta stilling til hvordan de ønsker å gi innspill til rulleringen.

Økonomiske planpremisser
Oppdatering av økonomisk langtidsplan 2022–2025 baseres på følgende premisser:

- Helse Nord legger til grunn en forventning om 0,9 % årlig realvekst i helsesektoren.
- Helse Nord tar høyde for effekt av nasjonal inntektsmodell.
- Helseforetakene har frem til og med 2021 i hovedsak vært skjermet for store deler av kravene i avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Helseforetakene er bedt om å innarbeide effekten som reformen medfører for aktivitetsbaserte inntekter, dvs. forventet effektiviseringskrav på 0,5 prosentpoeng.
- Det stilles krav til videre effektivisering for å øke handlingsrommet.
- Kjente driftsendringer knyttet til nye bygg, herunder midlertidige aktivitetsreduksjoner knyttet til innflytting.
- Oppdatering av kriterieverdiene i inntektsfordelingsmodellen gjennomføres juni 2021.
- Faglige premisser bygger på Regional utviklingsplan 2035/Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024.
- Det er varslet endringer i kvalitetsbasert finansiering, men det kan i ØLP legges til grunn bevilgning 2021.
- Ta høyde for egne kostnader knyttet til innføring av FRESK.
- Det vurderes at det nå er et lavt rentenivå med stor usikkerhet knyttet til fremtidig utvikling. For å ta høyde for en framtidig renteøkning skal det i bærekraftanalysene legges til grunn følgende renter:
    - Lån til byggelån til og med 2017: lånerente på 2,0 % (ved flytende)
    - Lån nye investeringsprosjekter: lånerente på 3,0 %
    - Innskuddsrente: 1,3 %
    - Driftskreditt: 1,5 %

Foreløpige prioriteringer av økonomisk handlingsrom
Det er foretatt en foreløpig oppdatering av økonomisk handlingsrom. Vedtatt plan 2022–2025, og foreløpig oppdatering av planforutsetninger legger blant annet opp til følgende:

- Styrke helseforetakene generelt med ytterligere 50 mill. kroner fra 2021, stigende til 100 mill. kroner fra 2022 og 150 mill. kroner fra 2023.
- Styrke tiltak i regional utviklingsplan/Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 med 14 mill. kroner fra 2022.
- Videreutvikle tilbudet innen psykisk helse og rus.
- Etableringen av PCI-tilbud i Bodø, premisser korrigert i tråd med forutsetningene.
- Økte kostnader nasjonale IKT-prosjekter.

Styrking av foretakene blir vurdert på nytt som følge av planprosessen.

Resultatkrav HF
Jf. vedtak i *styresak 82-2020 ØLP 2021-2024:* Følgende resultatkrav skal ligge til grunn for perioden 2021–2028.

Resultatkrav i planperioden (i 1000 kr)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Helse Nord RHF	166 000	186 000	196 000	216 000	126 000	136 000	136 000	86 000
Finnmarkssykehuset	24 000	24 000	24 000	24 000	5 000	5 000	5 000	5 000
UNN	40 000	40 000	40 000	40 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Nordlandssykehuset	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Helgelandssykehuset	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	5 000
Sykehusapotek Nord	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Helse Nord IKT	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	**256 000**	**276 000**	**286 000**	**306 000**	**167 000**	**177 000**	**177 000**	**112 000**

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

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjon om oppstart og prosesser i rullering av Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkl. rullering av investeringsplan 2022-2029, til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til rulleringen:
    a.

Bodø, 01.mars 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 11. mars 2021

Arkivnr.:	Saksbeh/tlf:	Sted/Dato:
2020/999-20	Ingvild Marie Dokmo, 97097269	Bodø, 05. mars 2021

RBU-sak 19-2020 Årlig melding 2020

Innledning/bakgrunn

Årlig melding 2020 er styrets rapport til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og inneholder rapportering på de kravene som er stilt i oppdragsdokument for 2020.

Årlig melding er også en oppfølging av foretaksprotokollen for Helse Nord RHF.

Utkast til Årlig melding 2020 er vedlagt. Malen for rapportering er laget av HOD, og tilsvar fra Helse Nord RHF finnes under de gitte kravene.

I tillegg er det lagt ved eget vedlegg med krav fra Helse Nord RHF overfor helseforetakene som ikke rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet i Årlig melding. Dette er til Helse Nord RHF styrets orientering, og utkast til dette er vedlagt.

Rapportering av data til vedleggene «*Årlig melding til HOD*» og til «*Årlig melding_Vedlegg til RHF-styret*» skjer ved at foretakene sender inn sine årlige meldinger og rapporter til Helse Nord RHF innen angitt frist, som for inneværende rapportering var 5. februar 2021. Helse Nord RHF sammenfatter innspillene og utformer de endelige dokumentene.

Vedlagte dokumenter skal regnes som utkast, ikke ferdige dokumenter, ved oversendelsestidspunktet. Det tas derfor forbehold om at enkelte krav ikke er svart ut. Frist for oversendelse av administrativt behandlet Årlig melding til HOD er 15. mars 2021.

Helse Nord RHF har i dialogmøte med RBU den 3. mars fått innspill på daværende utkast av årlig melding.

Konklusjon

Vedlagte utkast til *Årlig melding 2020* og *Årlig melding 2020_Vedlegg til RHF-styret* gir et adekvat bilde av virksomheten i Helse Nord i 2020. Helseforetakene har fortsatt en del etterslep som må tas igjen grunnet koronapandemien. Rapporteringen fra helseforetakene bærer preg av hvordan helseforetakene har kunne følge opp oppdrag og kvalitetsindikatorer. Administrasjonen i Helse Nord RHF vil følge utviklingen, og etterspørre konkrete tiltak der det er nødvendig.

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF viser til utkast for *Årlig melding 2020* og *Årlig melding 2020_Vedlegg til RHF-styret* og tar informasjon i saken til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg påpeker at rapporteringen fra helseforetakene i liten grad viser måloppnåelse, og hvilke tiltak som er satt i gang dersom målet ikke er nådd.
3. Regionalt brukerutvalg ber om at rapportering som ikke viser måloppnåelse blir fulgt tettere opp fra Helse Nord RHF.

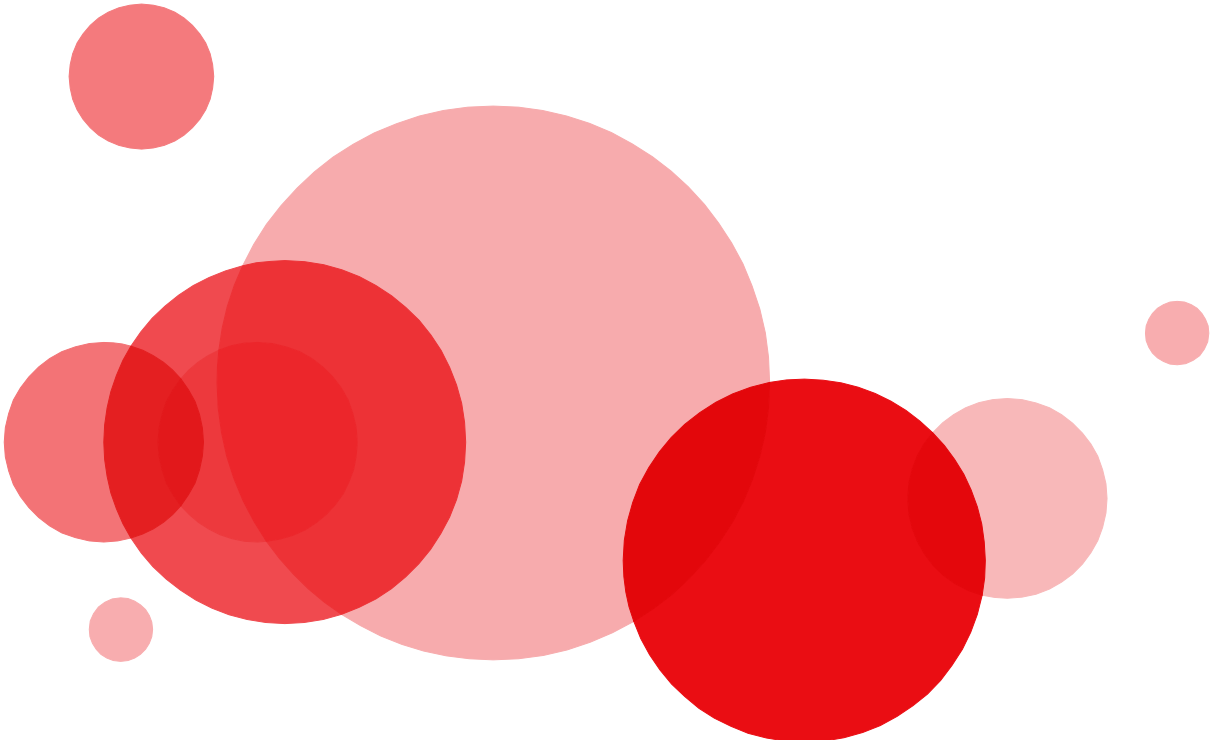
Bodø, den 11. mars 2021

Cecilie Daae
Adm. Direktør

Vedlegg:

- Vedlegg 1 Årlig melding 2020 HOD_*Utkast pr 05.03.21*
- Vedlegg 2 Årlig melding 2020_Vedlegg til RHF-styret_*Utkast pr 05.03.21*

Årlig melding 2020 for
Helse Nord RHF til Helse- og omsorgsdepartementet



Innhold

1. Innledning 3
   1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag 3
   1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2020 4
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 14
   2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen 14
   2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 20
   2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet 23
   2.4 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 36
3. Rapportering på krav fra foretaksmøtet 38
   3.1 Krav og rammer for 2020 38
   3.2 Øvrige aktuelle saker i 2020 53
4. Styrets plandokument 64
5. Uttalelse fra Konserntillitsvalgte og Konsernverneombud til årlig melding Helse Nord 65

1. Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Nord RHF skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det skal arbeides for å redusere sosiale helseforskjeller. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres ved planlegging, utredning, beslutning om, og iverksetting av tjenestetilbud.

«*Sammen om helse i nord*» er vår visjon. I visjonen ligger at vi erkjenner at helsetilbudet blir best når ulike aktører, som er avhengige av hverandre, samarbeider. Tilbudet og utviklingen av helsetjenestene skal skje i et samarbeid mellom brukerne, helseforetakene, kommunene, andre som yter helsetjenester - og andre aktører som har betydning for vår virksomhet. Målet er å skape pasientens helsetjeneste. Å tilby og å utvikle helsetjenester i nordområdene er på noen områder annerledes enn i andre deler av landet. For eksempel er en stor del av våre pasienter avhengig av fly for å komme til sykehus, hvor det andre steder ville blitt benyttet buss eller bil. En særskilt utfordring er å tilby helsetjenester nært der folk bor, samtidig som den medisinske utviklingen går mot samling av helsetjenester i større fagmiljø. På noen områder må vi jobbe på en annen måte der det er nødvendig. Vi finner løsninger som er tilpasset vår del av Norge, uten at det går ut over kvaliteten.

Alt vårt arbeid bygger på verdiene *kvalitet*, *trygghet* og *respekt*. Med dette menes kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg, og respekt i møtet med pasienten. Helsetjenesten skal baseres på nasjonale og regionale prioriteringer. Helseforetakene skal drive etter gjeldende lovbestemmelser og myndighetskrav og bidra til at foretaksgruppen Helse Nord når sine mål innen våre hovedoppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

Vår eier, Helse- og omsorgsdepartementet, har prioritert og krever at vi oppfyller følgende nasjonale styringsmål:

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

Det skal arbeides etter systemer som sikrer at aktivitetene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med lovgivningen. Det krever at Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og langsiktig. Vi skal være tydelige og forutsigbare. En slik sammenhengende virksomhetsstyring er stadig under utvikling og forbedring. Figur 1 illustrerer sammenhengen.

Figur 1 Helse Nords helhetlige styringsprosess. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig.

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2020

Covid-19

Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen
Siden februar har Helse Nord RHF vært i beredskap, der hovedoppgaven har vært å ivareta egen beredskap i Helse Nord, og følge opp de nasjonale krav og forventninger til helsetjenesten og befolkningen.

Utvikling av beredskapsplaner og tiltak har medført at flere av de ordinære oppgaver er forskjøvet. Dette har vært i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets beslutninger og føringer. Bl.a. har resultatkrav for planlagte spesialisthelsetjenester blitt endret, og pasientrettigheter ble midlertidig suspendert. Oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF, og oppdragsdokumentene til helseforetakene i Helse Nord, har blitt revidert grunnet pandemien.

Helse Nord RHF har hatt en omfattende koordineringsoppgave overfor helseforetakene, med hovedvekt på å bygge opp intensivkapasitet basert på Folkehelseinstituttets scenario. Hovedutfordringene har vært personell og kompetanse, forsyning av smittevernutstyr og medisinsk teknisk utstyr til intensivbehandling, kapasitet i luftambulansetjenesten og ordinære pasientreiser. De etablerte regionale og nasjonale beredskapslagrene for smittevernutstyr vil gjøre oss bedre rustet ved neste hendelse. Det samme vil det nasjonale lageret av legemidler.

Det har vært smitte av personell i sykehusene som har medført begrensninger i tilbud og omlegging av drift. Finnmarkssykehuset Hammerfest måtte stenge ned en periode høsten 2020.

Det er også gjort betydelige investeringer i IKT-infrastruktur for å legge til rette for digital samhandling. Selv om helseforetakene har lagt om driften, herunder økt andel videokonsultasjoner, er det ved inngangen til 2021 fortsatt etterslep i planlagte helsetjenester.

Helse Nord RHF har også gitt innspill til nasjonal strategi for turismen på Svalbard, og om tiltak på grensen mellom Norge og nabolandene.

Mye av aktiviteten beskrevet ovenfor er resultat av godt arbeid i både regionale og nasjonale nettverk, blant annet innen HR, innkjøp, intensiv, laboratorium og sengekapasitet.

Ekstern og intern informasjon har vært prioritert, og vært viktig i formidling av grunnlaget for beslutninger, og for etterlevelse og oppfølging av tiltak. Helse Nord RHF har koordinert beredskapen i Helse Nord gjennom regelmessige møter med egne helseforetak, statsforvalterne, fylkeskommunene og andre sivile aktører. Dette har vært nødvendig for felles situasjonsforståelse, vurdering av behov for planlegging og iverksetting av tiltak. Samarbeidet med statsforvalterne har vært viktig for kommunikasjon med kommunene. Det er et godt samarbeid med Forsvaret. Helse Nord RHF har bistått Helsedirektoratet i nasjonal behandling av anmodninger om støtte fra Forsvaret.

Det er gjennomført og pågår evaluering av beredskapsarbeidet.

Kapasitet i sykehusene
Antallet covid-19-pasienter innlagt i sykehus har vært lavt sammenlignet med andre deler av landet. Likevel ble kapasiteten i sykehusene påvirket av pandemien. Alle sykehusene fulgte nasjonale og regionale føringer og utvidet tilgjengelig kapasitet for intensivplasser. Dette innebar blant annet anskaffelse av utstyr og omdisponering av lokaler og personell. Hovedutfordringen har vært knyttet til tilgjengelig personell. Grunnbemanningen er innenfor flere områder for lav, og dette medfører stor avhengighet til vikarer.

Sykehusene har samarbeidet godt både internt og mellom helseforetak for å utnytte tilgjengelig kapasitet. Det er bygd opp god analysekapasitet i laboratoriene i UNN og Nordlandssykehuset.

Pasientbehandling
Etter normal drift i januar og februar var det et betydelig fall i aktiviteten i perioden mars til mai, med gradvis normalisering i aktivitet fra og med juni. Antall nyhenviste i perioden juni–september 2020 var på samme nivå som i samme periode i 2019. Ved utgangen av september var antall som ventet på behandling i Norge noe høyere enn ved samme tidspunkt i 2019. Det var langt flere som venter med økende ventetid i Helse Nords opptaksområder enn i de andre regionene. Her er avstandene store og transport av personell og pasienter til og fra sykehus er en sentral utfordring. Særlig gjelder dette

når ordinære flyavganger reduseres og blir mer uforutsigbare og flyplasser stenger, slik tilfellet har vært under covid-19-pandemien. Både restriksjoner for innreise i starten av pandemiperioden og situasjonen i land hvor vikarer vanligvis rekrutteres fra kan også ha påvirket kapasiteten. Det er utstrakt bruk av innleide utenlandske vikarer ved mange sykehus i Nord-Norge. Psykisk helsevern og TSB har opplevd mange av de samme utfordringen som resten av spesialisthelsetjenesten. Redusert aktivitet på våren førte til lengre ventetider og flere fristbrudd. Fra høsten 2020 økte aktiviteten og ventetiden er blitt gradvis redusert fram mot årsskiftet. Etter at andelen digitale konsultasjoner økte kraftig under første del av covid-19-pandemien ser det nå ut til at andelen har stabilisert seg rundt 12 prosent. Variasjonen er stor mellom fagfeltene, med høyest andel innen psykisk helse og rus.

Tilstrekkelig personell
For å kunne sikre nok kompetanse i regionen til å ivareta kritiske funksjoner for personellområdet under pandemien er det opprettet nasjonale og regionale nettverk som skal støtte beredskapsledelsen og linjeledelsen med å koordinere og gjennomføre ulike typer tiltak.

I inngangen av pandemien var det mye usikkerhet rundt hva som var gjeldende føringer for karantene. Helse Nord opprettet derfor tidlig en egen internettside hvor slik informasjon ble raskt oppdatert og delt i hele foretaksgruppen. En streng praktisering av karantenereglene i Nord-Norge har gjort at det til tider har vært en relativt stor andel av de samlede årsverkene som har blitt satt i karantene. Dette har medført driftsmessige utfordringer og alternativ bruk av bemanning i perioden.

Det har under pandemien vært arbeidet aktivt med rekruttering av helsepersonell:

- Egne stillingsannonser
- Bruk av sosiale media
- Målrettet rekruttering av studenter fra universitetsmiljøet
- Regionalt register over mobiliserbart reserverepersonell

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

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

starten av pandemien, noe som bør bli innarbeidet i planverket for fremtidige beredskapssituasjoner.

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

Å ivareta personell er et særskilt tema både i foretakene og i et regionalt samarbeid. I tillegg til en veileder for ivaretakelse av personell, er det utarbeidet et webinar om å ivareta intensivpersonell.

Pasientreiser
Det har vært store utfordringer med flytilbudet under covid-19-pandemien. Helse Nord har lagt stor innsats i å opprettholde et minimumstilbud på fly. En egen transportstrategi er utviklet og har vært førende for arbeidet knyttet til pasientreiser. Transport har vært en egen kategori, som helseforetakene har rapportert på under statusrapporteringene i Helse Nord.

Det har vært etablert regionale og interregionale beredskapsforumer på pasientreiseområdet i 2020. Disse er videreført i 2021.

Det ble anskaffet egnet materiell for å transportere mistenkt smittede/påvist smittede covid-19-pasienter. Disse smittebilene er utstasjonert over hele regionen.

Innkjøp
Pandemien viste oss både hvor sårbare vi er og hvor lite forberedt vi faktisk var til å håndtere konsekvensen av en slik pandemi. Det var kritiske mangler av både smittevernutstyr og medisinsk utstyr, og vi hadde ikke en god struktur eller plan for hvordan vi skulle få kontroll når pandemien faktisk traff oss.

Kombinasjonen av at det har vært jobbet utrolig godt både på tvers av regionene, men ikke minst på tvers av profesjoner, som har sikret tilgang til nødvendig utstyr samt at effekten av de nasjonale smitteverntiltakene som har kjøpt oss tid, har gjort at vi har kommet styrket ut av 2020.

Det er etablert en beredskap på både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå som gjør at vi på utstyrssiden er godt rustet både til å håndtere konsekvensen av covid-19 i året som kommer, men ikke minst et godt fundament for å sikre fremtidig beredskap.

Pandemien har vist oss både at vi trenger å være bedre forberedt, men ikke minst hvor mye som faktisk er mulig å få til gjennom samarbeid.

Kvalitet i pasientbehandlingen
Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må få økt fokus i 2021. SKDE rapport nr. 1/2021: Helseatlas for kvalitet, viser at kvaliteten i utvalgte nødvendige helsetjenester varierer avhengig av pasientens bosted. Rapporten viser at Helse Nord har flere områder hvor kvaliteten må forbedres. Det må arbeides målrettet med å sikre at

pasientbehandlingen er i samsvar med nasjonale retningslinjer. Reduksjon av variasjon i behandlingskvaliteten ved alvorlige tilstander skal prioriteres.

Helse Nords kvalitetsstrategi gikk ut 2020, og det arbeides nå med å ferdigstille en ny strategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Denne skal sette retning for kvalitetsarbeidet for neste strategiperiode, og bidra til økt måloppnåelse. Den regionale forbedringsutdanningen har nå kapasitet til å utdanne 200 ansatte pr år. Opptaket ble redusert som en følge av pandemien, men utdanningen fortsetter som planlagt for 2021. Dette skal bidra til at takten på det lokale pasientnære forbedringsarbeidet øker.

Brukermedvirkning
Helse Nord RHF har også i 2020 fortsatt arbeidet med å videreutvikle brukermedvirkning på systemnivå regionalt. Regionalt brukerutvalg (RBU) 2020–2022 ble formelt oppnevnt i august 2020. RBU har hatt 7 møter og behandlet 89 saker. Siden mars har møtene vært gjennomført digitalt. I alt 39 brukerrepresentanter er oppnevnt til regionalt og nasjonalt arbeid. RBU ønsker tettere kontakt mellom alle brukerutvalg og ungdomsråd i helseforetakene.

Gjennom sitt arbeid har RBU bidratt med brukerkunnskap i sentrale utviklingsprosesser i et krevende år. Brukerrepresentanter har bidratt i en rekke råd og utvalg, blant annet de ukentlige regionale samordningsmøtene for koronaberedskapen. Toppledelsen har gjennom koronaåret 2020 invitert regionens pasient- og brukerorganisasjoner til regelmessige digitale informasjons- og innspillsmøter. Møtene har blitt meget godt tatt imot og skal videreføres.

Ventetid
Gjennomsnittlig ventetid har økt i 2020. Ved utgangen av desember var ventetiden for avviklede 67,3 dager for alle fagområder, og 74,7 dager for de som fortsatt ventet. Det er iverksatt mange tiltak for å ta igjen etterslepet, som utvidet åpningstid, kvelds- og lørdagspoliklinikk, oppgavedeling og økt samarbeid med og bruk av private leverandører. Trenden en positiv, men det må fortsatt jobbes målrettet for å innfri kravet.

Kreftkirurgi
Helse Nords regionale kreftplan skal bidra til tilgjengelig og kvalitetssikret kreftbehandling i regionen. Diskusjonene knyttet til tarmkreftkirurgien i Helgelandssykehuset har aktualisert arbeidet med revisjon av kreftplanen. Planen revideres i 2021. Helse Nords veileder for funksjonsdeling legges til grunn for funksjonsdeling av kreftkirurgi.

Private helsetjenester
Det ble i 2020 startet nyanskaffelser innenfor TSB og PET/CT. Disse planlegges ferdigstilt første halvår 2021.

De private institusjonene har bidratt konstruktivt til å hjelpe Helse Nord RHF med oppfyllelse av sørge-for-ansvaret i 2020 i tillegg til at de har vært underlagt de samme strenge smitteverntiltakene som den øvrige spesialisthelsetjenesten. De to største leverandørene innen somatisk rehabilitering har levert akuttplasser for pasienter som

normalt skulle ha fått sin behandling i sykehus, men som ikke har kunnet det siden helseforetakene er i pandemiberedskap. Leverandørene innen rehabilitering og psykisk helsevern har som følge av pandemien utviklet alternative digitale behandlingsforløp som har blitt godt mottatt av pasientene.

Det er behandlet ny tiltaksplan for avtalespesialister i Helse Nord for perioden 2021–2022. Flere av tiltakene fra forrige plan er videreført hvor bl.a. rekruttering står sentralt. Helse Nord har omlag 86 avtalehjemler fordelt på lege- og psykologspesialister, dette inkluderer også avtalehjemler som per tiden står vakant. Helse Nord RHF er inne i et generasjonsskifte av avtalespesialistene og opplever store rekrutteringsutfordringer i et marked med få spesialister, særlig gjelder dette innen øyefaget.

Det har vært gjennomført forhandlinger med lege og psykologforeningen hvor det nå er avtalt at rettighetsvurdering av pasienter innen psykisk helse skal gjøres i samarbeid med avtalespesialister og helseforetak og at alle henvisninger skal behandles i et felles henvisningsmottak hos et DPS. Oppstart av endringen er planlagt første halvår 2021. Det har i tillegg vært gjennomført et pilotprosjekt innen somatikk der avtalespesialistene tildeler pasientrettigheter. Sluttrapport fra prosjektet vil foreligge første kvartal 2021.

Videre er det avtalt med profesjonsforeningene at RHF-et kan iverksette revisjon i avtalepraksis for å undersøke om virksomheten gjennomføres i tråd med rammeavtalen, den individuelle avtalen eller myndighetsfastsatte krav.

Samiske spesialisthelsetjenester
I 2020 ble det nasjonale prosjektet «Strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» sluttført. Prosjektet resulterte i strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» Helse Nord RHF har igangsatt et arbeid med å implementere tiltak for å sikre økt kvalitet og utvikle kompetanse om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten.

Helsefellesskap
En nasjonal satsning for å utvikle og forbedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er helsefellesskapene. Alle helseforetakene har lagt planer for dette og er i gang med arbeidet.

Pasientreiser
Helse Nord har vært tett involvert i samarbeid med fylkeskommunene i forbindelse med det nye FOT-ruteanbudet for perioden 2022–2027.

Pasientreiser står for 37 % av det samlede negative utslippet av Co2 i spesialisthelsetjenesten. Pasientreiser i Helse Nord har lykkes med å få positive miljøgevinster i anskaffelse av landeveistransport og har i 2020 delt mye på disse erfaringene. Arbeidet vil bli videreført i 2021. I forbindelse med arbeidet med miljøgevinster, savnes en helhetlig klima- og miljøstrategi i regionen, som kunne forankret dette arbeidet bedre. Dette håper vi kommer på plass i løpet av 2021.

Helse Nord har vært delaktig i et arbeid som har levert en innstilling på fremtidig organisering av pasientreiseområdet. Denne er nå vedtatt i alle helseregionene.

Den nasjonale brukerundersøkelsen på pasientreiseområdet viser at brukerne stort sett er fornøyd med pasientreisene som tilbys.

Rekruttere og beholde personell
Å rekruttere og å beholde fagpersonell er vår største utfordring. Deler av vår virksomhet er i for stor grad avhengig av vikarinnleie. Mange vikarer er faste, kjenner arbeidsplassen godt og har stor verdi i tjenesten. Samtidig er en for stor andel vikarer innom i kort tid. Koronapandemien har vist oss at stabiliteten i tilgangen på vikarer fra Sverige og Danmark raskt blir utfordret. Helse Nord har som mål å redusere vikarinnleie og øke andelen fast ansatte.

Framskrivninger av behovet for helsepersonell versus tilgangen til helsepersonell viser at behovet er større enn tilgangen (SSB-rapport 2019-11: Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035). Det betyr at vi må endre måten tjenestene gis. Teknologi og e-helse er løsningen på noe i denne nødvendige endringen, men kan ikke løse alt.

Flere av helseforetakene har, etter krav i oppdragsdokumentet, operasjonalisert plan for å redusere innleie ved å definere klare mål og tiltak. Et eksempel på dette er Nordlandssykehuset som har opprettet et bemanningssenter som skal redusere innleiekostnadene. Flere av foretakene har igangsatt arbeidet med å endre budsjettet slik at det gjenspeiler omfanget av planlagt innleie. Realistiske budsjetter bidrar til bedre styring og kontroll.

Foretakene har i varierende grad påbegynt arbeidet med bemanningsplanlegging jf. kravet om seks måneders planleggingshorisont for bemanning. Helse Nord igangsetter arbeidet med «avansert oppgaveplanlegging» i 2021. Lengre planleggingshorisont og bedre ressursstyring vil være en del av dette prosjektet. Det er antatt at bedre kontroll og styring i bruken av egne og innleide ressurser vil kunne redusere uønsket kostnadsvariasjon og bedre kapasitetsutnyttelsen.

Utdanning
Opptrapping av utdanningskapasiteten i spesialsykepleie (ABIOK) fortsatte i 2020. Kapasiteten skal etter planen økes med omlag 40 % i perioden 2019–2022. I samarbeid med universitetene ble det opprettet 21 nye studieplasser i ABIOK-utdanningene høsten 2020. Helse Nord har lagt til rette for ytterliggere økninger i 2021 og 2022, primært innenfor intensivsykepleie.

Arbeidet for å sikre god tilførsel av leger til Nord-Norge fortsatte i 2020. Det ble opprettet 20 nye studieplasser i medisin ved UiT Norges arktiske universitet og 38 nye LIS1-stillinger ved helseforetakene. Det vil bli opprettet egne øremerkede stillinger for sykehuspraksis til allmennleger i spesialiseringsløp i 2021.

I 2020 har arbeidet med LIS-utdanning i de regionale helseforetakene i stor grad handlet om digitalisering. Om lag 90 % av alle spesialistkurs som skulle ha funnet sted fysisk ble gjennomført digitalt. Det har vært et svært godt samarbeid mellom kursledere og alle fire regionale utdanningssentre om dette.

Det overordnede samarbeidet med å styrke nasjonale samordning og harmoniseringen av legenes spesialistutdanning har imidlertid tatt lengre tid enn forventet. Mange tiltak er diskutert og det skal tas felles beslutning. Sentrale utfordringer vi håper å løse er f.eks. fells rutine for samarbeid om spesialiseringsperioder og felles kursportal som gjør det enklere for LIS å følge opp sin kursvirksomhet. De fire sykehusforetakene i Helse Nord venter på svar fra Helsedirektoratet på hvorvidt de blir godkjent som utdanningsvirksomhet for LIS-utdanning i en rekke spesialiteter.

Sykefravær
I foretaksgruppen har sykefraværet økt fra 8,1 % i 2019 til 8,8 % i 2020. Det koronarelaterte sykefraværet er målt til 0,9 %. Dette gir en reell nedgang i sykefraværet tilsvarende 0,2 prosentpoeng når vi ser bort fra korona.

Nærværsnettverket i Helse Nord under ledelse av Helgelandssykehuset er godt i gang med sitt arbeid med å implementere de gode erfaringene fra helhetsmodellen knyttet til sykefraværsarbeidet.
Bransjeprogram IA i sykehus er en viktig del av arbeidet i nettverket. Programmet er et av sju bransjeprogram og er en del av nåværende IA-avtale. Formålet med bransjeprogrammene er å mobilisere partene på bransjenivå til i fellesskap å dokumentere og ta fatt i felles erkjente utfordringer. Innsatsområdene som er prioritert er forebyggende arbeidsmiljø og innsats mot lange og/eller hyppige sykefravær for å forhindre fravær og frafall.

Forskning og innovasjon
Forskning og innovasjon er også preget av pandemien i 2020. Noe forsknings- og innovasjonsvirksomhet i sykehusene har ikke kunnet følge opprinnelig framdriftsplan, og det har vært gjort et arbeid med kartlegging og tidsmessig forskyving av prosjekter. Samtidig har det kommet i gang ny forskning på korona i flere foretak. Helse Nord RHF har vært med i nasjonal koordinering av koronaforskning.

Vi arrangerte regional forsknings- og innovasjonskonferanse tidlig i 2020, sammen med Norges arktiske universitet UiT. Gjennom hele 2020 har vi jobbet med revidering av forsknings- og innovasjonsstrategien, og hatt god dialog med foretakene og andre gjennom innspillsmøter.

Den nye strategien (våren 2021) vil vektlegge suksessfaktorer i helseforetakene for å lykkes med forskning og innovasjon. Faglige satsingsområder vil bli færre enn før, og tydeligere knyttet opp mot Helse Nord RHFs styringsmål, overordnet strategi, og regional utviklingsplan. Det vil bli et forsterket fokus på klinisk forskning. Vår region har færre kliniske studier og færre pasienter med i kliniske studier sammenlignet med øvrige regioner, og vi skal jobbe sammen mot å nå målene i den nye nasjonale handlingsplanen for klinisk forskning. Andre større satsingsområder der vi har gode miljøer skal også støttes.

Det skal fortsatt stimuleres til mer innovasjon i foretakene gjennom utlyste midler, strategiske midler, og strategisk samarbeid. Måleindikatorene for innovasjon viser at denne aktiviteten må økes. En utfordring blir å tilrettelegge for samarbeid med næringslivet.

Informasjonssikkerhet
Riksrevisjonens undersøkelser av helseforetakenes forebygging av dataangrep må følges opp. Funnene i undersøkelsen vil ha stor betydning for prioritering og ledelsesoppmerksomhet i 2021. Helse Nord RHF har startet en prosess med å utvikle handlingsplan for å sikre prioritet for å lukke avvik og følge opp risiko- og sårbarhetsområder. Foretaksgruppen jobber strukturert og langsiktig med ulike fokusområder for at regionen som helhet skal oppnå tilfredsstillende nivå for informasjonssikkerhet.

Teknologi og e-helse
Helse Nord investerer mye i teknologi og e-helse. I vår landsdel vil tjenester basert på teknologi kunne løse både lange avstander for pasienter og samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Den medisinske utviklingen går raskt, og mange av forbedringene er teknologiske. Befolkningsutviklingen i Nord-Norge tilsier at vi fram mot 2035 blir omtrent like mange mennesker i landsdelen som i dag (NOU 2020:15 Det handler om Norge), med en større konsentrasjon av befolkningen i byene. For Helse Nords del er det av betydning for utviklingen av tjenestetilbudet å kunne gi helsetjenester til hele befolkningen, uansett hvor de bor.

Helse Nord har fortsatt arbeidet med neste generasjon samhandling mellom aktører i helsesektoren. På samme måte som pasientene har sett egen pasientjournal de siste årene, skal også behandlere ved andre foretak i andre regioner og helsepersonell på andre nivåer kunne lese pasientens journal. I 2020 ble dokumentdeling åpnet opp mellom helseforetak i Helse Nord og Bodø kommune for uttesting.

Helse Nord moderniserte også samhandlingen mellom sykehus og pasient gjennom realisering av timevisning på helsenorge.no med tilhørende dialog. Her kan pasientene også starte videotimer med klinikere på helseforetakene, direkte fra helsenorge.no. Tilsvarende ble elektronisk dialog mellom allmennleger og sykehus produksjonssatt, hvor Nordlandssykehuset som siste foretak tar i bruk meldingene i våren 2021. Ytterligere er det anskaffet en regional skjemaløsning som skal benyttes til modernisering av pasientforløpene. Innføringen av skjemaløsningen ble ferdigstilt for psykisk helsevern og rus i 2020 og videreføres ovenfor somatikken i 2021.

Bygg
Også i 2020 har det vært stor byggeaktivitet i Helse Nord. I Hammerfest har byggingen av nytt sykehus startet og prosessen er i rute. Det samme gjelder for nytt sykehus i Narvik. Planleggingen av nye lokaler for psykisk helse og rus ved UNN Tromsø er i gang, og konspetfasen skal ferdigstilles innen desember 2021. Også nye Helgelandssykehuset er i gang med konseptfasen.

Nye Helgelandssykehuset
I foretaksmøtet i januar 2020 besluttet statsråden ny struktur for Helgelandssykehuset med en løsning med ett sykehus lokalisert på to steder: ett akuttsykehus i Mo i Rana og ett i akuttsykehus i Sandnessjøen og omegn. I tillegg videreføres arbeid med distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund. I konseptfasen skal etablering av poliklinisk somatikktilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen utredes. Akuttsykehuset i Sandnessjøen og omegn skal være hovedsykehus.

Styringsdokument for konseptfasen er vedtatt, arbeidet er kommet i gang, dog ca. 6 md. forsinket pga. pandemien. Det er stor offentlig interesse knyttet til prosessen. Det er derfor ventet at prosjektet vil kreve betydelig oppmerksomhet for Helse Nord RHF også i 2021.

Økonomi
Styret for Helse Nord RHF budsjetterte med et resultatkrav på 236 millioner kroner i 2020. For å håndtere økte investeringer som følge av pandemien ble resultatkravet økt til 400 millioner kroner. Foretaksgruppens regnskapsresultat er et positivt resultat på 552 millioner kroner.

Foretaksgruppen Helse Nord har følgelig et resultat som er 552 millioner kroner bedre enn resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og 152 millioner kroner bedre enn styrets resultatmål.

Styrets egenevaluering
I tråd med veileder for styrearbeid i regionale helseforetak, punkt 4.4.5 ad. styrets evaluering av egen virksomhet, skal styret i årlig melding oppsummere deler av resultatene av styrets egenevaluering.

Styret i Helse Nord RHF har gjennomført styrets egenevaluering for 2020 i form av en elektronisk spørreundersøkelse. Rapporten fra undersøkelsen blir gjennomgått av styret i møte 24. februar 2021. Rapporten og oppsummeringen fra evalueringen blir oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Oppfølging av regional utviklingsplan 2035
Føringene i regional utviklingsplan 2035, sammen med nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 har vært utgangspunkt for ny fireårsstrategi: strategi for Helse Nord RHF 2021–2024. Strategien gir tydelig prioritering av tiltak som skal vektlegges de kommende årene. Etablering av helsefellesskap, digital samhandling, økte ressurser til utdanning og rekruttering, og til informasjonssikkerhet, står sentralt.

Regional utviklingsplan skal revideres innen utgangen av 2022. Helseforetakene har fått oppdrag om å starte arbeidet lokalt, basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF.

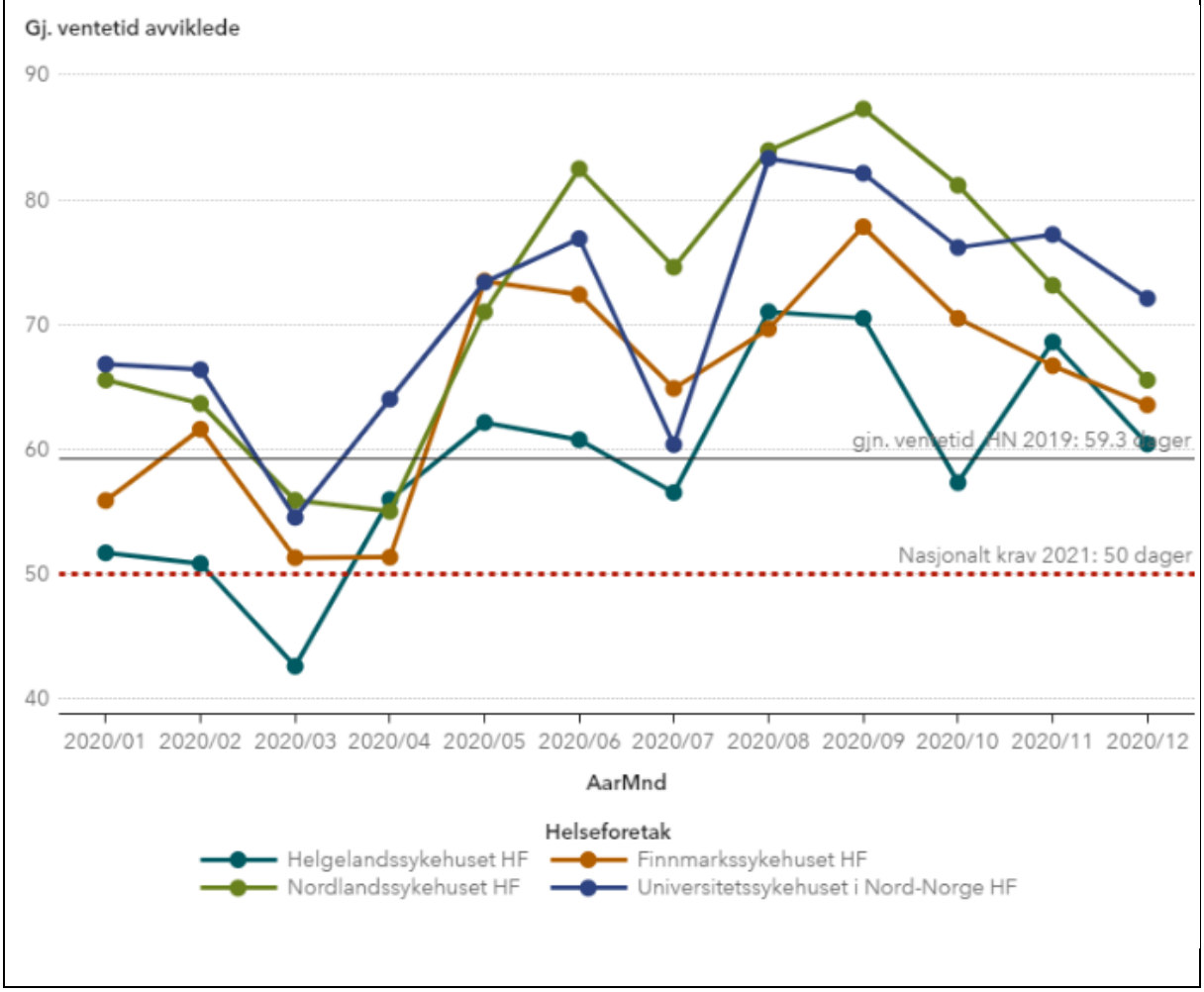
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2020:

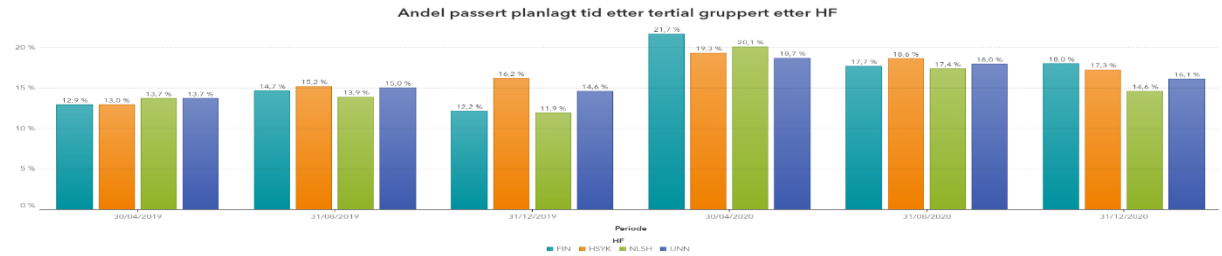
- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2019. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i alle regioner innen utgangen av 2021. I justert oppdragsdokument 2020 bortfalt målet for 2020, men resultatet for 2020 skal rapporteres.

Gjennomsnittlig ventetid har økt i 2020 som en følge av pandemien. Ved utgangen av desember var ventetiden for avviklede 67,3 dager for alle fagområder, og 74,7 dager for de som fortsatt ventet. Det er iverksatt mange tiltak i alle helseforetakene for å ta igjen etterslepet, som utvidet åpningstid, kvelds- og lørdagspoliklinikk, oppgavedeling og økt samarbeid med og bruk av private leverandører. Trenden er positiv, men pandemien preger fortsatt driften ved sykehusene.



Figur 2 Gjennomsnittlig ventetid avviklede.

- Regionen skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Regionen skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021. I justert oppdragsdokument 2020 bortfalt målet for 2020, men resultatet for 2020 skal rapporteres.



Figur 3 Passert planlagt tid per utgang av tertial 2019 og 2020 per helseforetak. Kilde: Helse Nords ledelses-informasjonssystem

UNN rapporterer at 16 pst av pasientkontaktene ble ikke overholdt ved utgangen av 2020. Det har vært en økning i 2020 og det arbeides nå aktivt i klinikkene med å redusere dette. Det er særlig Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken som har flest pasienter i poliklinikk, og som dermed er hardest rammet av situasjonen, og som trekker ned tallet på foretaksnivå. Svært mange pasienter med reisevei har hatt utfordringer med å møte til oppsatt time. UNN fortsetter arbeidet med å øke andelen og ser en positiv trend mot slutten av 2020.

NLSH rapporterer at på grunn av Covid-19, med redusert poliklinisk kapasitet innenfor somatikk, har andel pasientavtaler passert planlagt tid økt. Andel passert planlagt tid var lavest i februar med 11 pst, stigende til 20,1 pst i april og mai. Ved utgangen av året var andelen 14,6 pst.

HSYK rapporterer at foretaket overholder i 2020 en mindre andel av pasientavtalene sammenlignet med fjoråret. Økningen i andelen pasientavtaler passert planlagt tid sammenlignet med fjoråret skyldes hovedsakelig Covid 19-situasjonen, og i 2020 var andelen passert planlagt tid ved utgangen av hver måned gjennomsnittlig 18 pst, sammenlignet med gjennomsnittlig 14 pst i 2019. Fagområdene med høyest antall kontakter passert planlagt tid ved utgangen av 2020 var hjertesykdommer, øyesykdommer og fordøyelsessykdommer. Det er påbegynt et kvalitetsarbeid i poliklinikk for å blant annet redusere andelen passert planlagt tid, som allerede har hatt effekter. Her gjennomgås blant annet ventelister, rutiner og praksis for innkalling til kontroller, samt rutiner for tilbakeføring av pasienter til primærhelsetjenesten. Etablering av felles inntakskontor somatikk i 2021 vil også være et viktig tiltak.

FIN rapporterer at 86,5 pst av alle pasientavtaler ble overholdt i 2019. I 2020 ble 82,5 pst av alle avtaler overholdt. Det ble gjennomført et trede og siste forbedringsprosjekt innen fagområde for øyesykdommer ved Klinikk Kirkenes. Resultatene her ble at 99 pst av alle avtaler ble overholdt, også ved årets slutt. Prosjekt innenfor fagområde psykisk helse barn og unge kan også vise til å opprettholde krav og resultat, mens innen fagområde barnesykdommer innfris ikke kravet i 2020, til tross for gode resultater ved avsluttet prosjekt. Klinikk Kirkenes har etablert driftsmøter som skal sikre at klinikken så langt som mulig klarer å holde pasientavtaler.

- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.

I Helse Nord var måloppnåelsen i 2020 på 69 prosent.

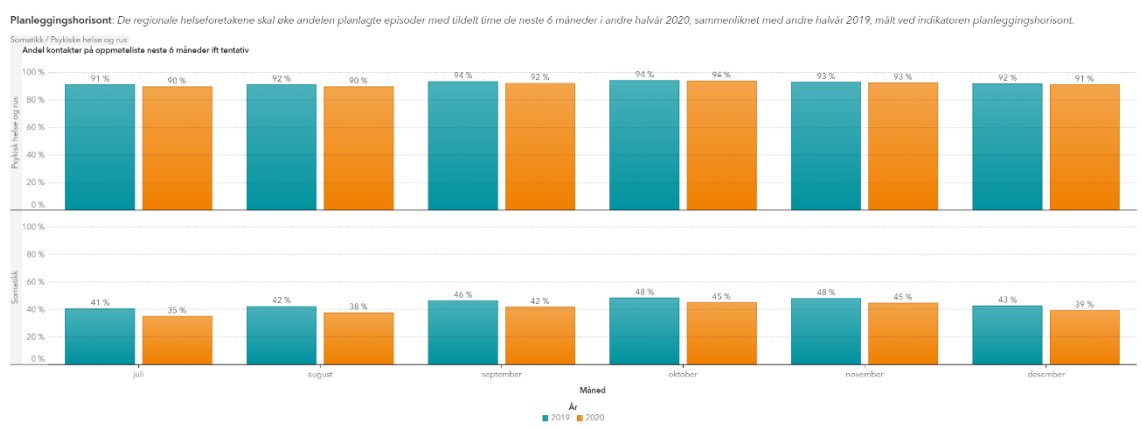
Ved UNN var andelen pakkeforløp innenfor standard forløpstid på 76 prosent. Pakkeforløpene overvåkes nøye og det er enkelte forløp som ligger under 70 prosent i enkelte måneder. Dette er forløp med få pasienter, slik at en pasient kan trekke ned andelen til under 70 prosent. UNN har hatt en positiv utvikling for flere av krefttypene i siste tertial 2020.

Nordlandssykehuset har ikke nådd styringsmålet. Totalt var 64 prosent av forløpene gjennomført innen standard forløpstid i 2020. Forløp utenfor standard forløpstid er gjennomgått for å finne hvor forsinkelsene oppstår, og dette arbeidet fortsetter i 2021. For lungekreft er flere forløp forsinket på grunn av lang ventetid for PET-undersøkelse.

Helgelandssykehusets måloppnåelse er på 60 prosent, og lavest i regionen. Flaskehalser i pasientforløpene er først og fremst ventetid på undersøkelser i andre helseforetak.

Finnmarkssykehuset hadde en måloppnåelse på 66 prosent. Også her gjennomgås forløpene som faller utenfor standard forløpstid for å finne årsaker.

- De regionale helseforetakene skal øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i andre halvår 2020, sammenliknet med andre halvår 2019, målt ved indikatoren planleggingshorisont. Det opprinnelige målet om å øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i hele 2020, sammenliknet med 2019, bortfaller. Tidligere stilt krav om at det skal være planleggingshorisont for bemanning og timetildeling på poliklinikker på minst 6 måneder gjelder fortsatt.



Figur 4 Planleggingshorisont, andre halvår i 2020 sammenlignet med andre halvår i 2019. Kilde: Helse Nord LIS

Slik figuren viser er andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i andre halvår 2020 høy og uendret fra 2019 innen psykisk helsevern og rus, mens andelen innen somatikk er betydelig lavere, og også noe lavere sammenlignet med andre halvår i 2019.

Nordlandssykehuset har hatt kortere planleggingshorisont enn normalt, fordi tilgjengelighet til egne ansatte har vært uforutsigbar, og kort planleggingshorisont har vært nødvendig for å kunne prioritere pasientene med størst behov.

UNN vil følge opp kravet i 2021. Utvikling og bruk av indikator i Helse Nords ledelsessystem, med hyppig oppdatering og en mer kontinuerlig oppmerksomhet fra lederne vil sannsynligvis bedre måloppnåelsen.

Helgelandssykehuset har iverksatt flere tiltak for å øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste seks måneder. Andelen er lavere innen somatikk enn for psykisk helsevern og rus, og ett av tiltakene er etablering av felles inntakskontor for somatikk.

Også i Finnmarkssykehuset er andelen lavere innen somatikk enn for psykisk helse og rus, men tiltak for å bedre dette gjennomføres.

Andre oppgaver 2020:

- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, og med utgangspunkt i oppdrag i 2019 om å identifisere områder med hhv. gode og dårlige resultater, etablere og tilgjengeliggjøre et felles erfaringskartotek for å stimulere til erfaringsutveksling og gjenbruk.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

AIM-prosjektet (Assessment Intervention Moving on) videreføres i 2020. Det tverregionale arbeidet ledet av Helse Vest RHF har hovedfokus på å operasjonalisere en norsk versjon av National Health Service (NHS) kodeverket, som fokuserer på å ferdigbehandle ø-hjelp-pasienter uten behov for overnatting. På grunn av pandemien er status for rapporten for 2020 noe forsinket. Rapporten vil ventelig ferdigstilles i februar 2021.

- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Vest RHF, og i samarbeid med Helsedirektoratet, følge opp anbefalinger i rapporten "Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten" av 29. oktober 2019, herunder:
  - Bidra til at indikatoren under utvikling, planleggingshorisont, publiseres i løpet av første halvår 2020.
  - Jobbe videre med å innføre og ta i bruk en døgn til dag-klassifikasjon, etter modell fra Directory of Ambulatory Care for Adults (DAECA).

Helse Vest RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Indikatoren planleggingshorisont er utviklet og publisert på Helsedirektoratets nettsted.

Helseregionene har satt sammen faglige arbeidsgrupper (kirurgisk og medisinsk) som skal jobbe med å fastsette grenseverdier for DAECA-modellen til bruk i dagbehandling/poliklinikk for aktuelle pasientgrupper. Arbeidsgruppene har startet arbeidet.

Helseregionene har besluttet at det skal etableres regionale løsninger i RHF-ene som støttes av helseforetakenes analyse- og økonomimiljø. Helse Vest RHF leder en arbeidsgruppe med analytikere, ledere og klinikere fra alle helseforetakene i regionen som skal utvikle DAECA modellen i Power BI og sørge for at verktøyet blir tatt i bruk i foretaksgruppen Helse Vest. Leder av arbeidsgruppen fra Helse Vest RHF, har tett kontakt med de andre RHF-ene og vi vil dele modellen uten data på tvers av regionene når den er klar.

Modellen skal gi tilgang til viktig og nyttig informasjon for ledere og fagmiljøa som igjen skal bidra til å se egen praksis, lære på tvers av foretak i egen region og på sikt skape læring og utvikling for hele sektoren.

Nye oppgaver 2020:

- De regionale helseforetakene skal påse at helseforetakene gjennomfører tiltak som har dokumentert effekt på kapasitetsutnyttelse og unødvendig venting innen poliklinisk behandling. Det legges til grunn at disse tiltakene gjennomføres for all poliklinisk behandling, med mindre særskilte forhold tilsier noe annet. Det tas et generelt forbehold om at beredskapsarbeidet kan forsinke eller forstyrre gjennomføringen av tiltakene. Tiltakene skal bl.a. inkludere:
    - Innføring og bruk av digitale skjemaer og verktøy for å innhente nødvendig informasjon fra pasientene før oppmøte til time.
    - Ta i bruk video- og telefonkonsultasjoner med sikte på opprettholde omfanget av slike konsultasjoner etter hvert som aktiviteten normaliseres.
    - Fastsettelse av måltall på det enkelte helseforetak for bruk av digitale skjemaer, video– og telefonkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging.

  Helse Nord RHF endret dette kulepunktet i revidert oppdragsdokument 2020 til helseforetakene til:
    - Bruke digitale skjemaer, video– og telefonkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging for minst 30% av alle polikliniske konsultasjoner i 3. tertial.

Helseforetakene har iverksatt flere tiltak for å øke kapasiteten og redusere ventetiden innen poliklinisk behandling.

Ved UNN har andelen video- og telefonkonsultasjoner stabilisert seg på rundt 11 prosent. Det er etablert et eget team som jobber med tiltak for å øke andelen video- og telefonkonsultasjoner. Målet er satt til 15 prosent, og definerte roller og ansvar, ledelsesforankring og forventningsavklaring er sentralt for å lykkes.

Digitale skjema er foreløpig ikke tatt i bruk, men det er gjort forberedelser bla. innen revmatologi.

Nordlandssykehuset har gjennomført flere prosjekter med bruk av videokonsultasjoner.
Psykisk helse- og rusklinikken har ved bruk av Whereby videooppfølging av flere pasientgrupper, herunder TSB, psykiatri og FACT-team. Det er også utarbeidet videoer som erstatning for noen pårørendesamlinger. Prosjektene er videreført og implementert i drift der det er hensiktsmessig. Ambulering er delvis erstattet med videokonsultasjoner.
Foretaket har også et samhandlingsprosjekt kalt «Samstrømming». Dette er samarbeidsmøter med bruk av Whereby (video) innen akuttpsykiatri på tvers av omsorgsnivå. Prosjektet er implementert i kommuner i deler av nedslagsfeltet, og foretaket planlegger for full implementering innen 2022.
I barneklinikken er video- og telefonkonsultasjoner tatt i bruk av flere faggrupper. Det arbeides med å innføre digitale skjema og verktøy for tilbakemelding fra pasient på flere områder, herunder reumatologi, diabetes og fedme. Målet i 2021 er at 30 prosent av alle kontroller skal være digitale.
Medisinsk klinikk har opprettholdt forholdsvis høy andel video- og telefonkonsultasjoner, og målet er å videreføre dette, også som erstatning for ambulering. Oppfølging ved bruk av digitale skjema er ikke kommet i gang, men vil bli prøvd i 2021.

Ved Helgelandssykehuset brukes videokonsultasjoner til stadig flere pasientgrupper, og foretaket samarbeider med flere kommuner om etablering av videorom.
Innføring og bruk av digitale skjema innen psykisk helse og rus er forsinket, men planlagt tatt i bruk 1. kvartal 2021. Det er ikke planlagt implementering i somatikken.

Finnmarkssykehuset har prioritert å opprettholde høy andel video- og telefonkonsultasjoner, og har fokusert på å ruste opp behandlingsrommene i poliklinikkene med nødvendig utstyr. Arbeidet med å innføre CheckWare som verktøy for bruk av digitale skjema pågår, men vil ikke gi effekt før i 2021.

- De regionale helseforetakene skal innen 1. september 2020 gi departementet en felles vurdering av helseforetakenes kapasitet til å håndtere pasienter med fristbrudd. Kapasitet hos avtalespesialister, private og ideelle aktører skal inkluderes i vurderingen. Vurderingen skal se hen til oppdatert informasjon om smittesituasjonen på det aktuelle tidspunktet. Departementet viser til at Stortinget har vedtatt midlertidig lov om endringer i helseberedskapsloven, som gir hjemmel til å fastsette enkelte tilpasninger og unntak fra pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 fram til 1. januar 2021. I kgl. res. av 26. mai er det fastsatt at unntak fra pasientens rett til å få helsehjelpen uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter (fristbruddordningen), videreføres til 1. oktober. Vurderingen fra de regionale helseforetakene skal inngå som et beslutningsgrunnlag for ev. videreføring eller tilbakeføring av dette unntaket etter 1. oktober. KvaFor/Fag Finner ikke dette i fellesrapporteringen fra alle RHF.

Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke?

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2020:

- Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid 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.

Helseforetak	Måleindikator	Fagområde	2019	2020	Endring	% endring
FINNMARKSSYKEHUSET HF	Ventetid	Somatikk	56,7	67,3	10,6	18,7 %
		PHV	49,0	54,8	5,8	11,8 %
		PHBU	48,0	51,1	3,1	6,5 %
		TSB	43,7	38,4	-5,3	-12,1 %
	Aktivitet	Somatikk	66 888	61 583	-5 305	-7,9 %
		PHV	21 891	24 081	2 190	10,0 %
		PHBU	9 954	9 394	-560	-5,6 %
		TSB	1 122	1 085	-37	-3,3 %
	Økonomi	Somatikk	kr 1 133 883 617	kr 1 177 869 192	kr 43 985 575	3,88 %
		PHV	kr 208 891 994	kr 238 531 197	kr 29 639 203	14,19 %
		PHBU	kr 80 245 384	kr 71 975 077	-kr 8 270 307	-10,31 %
		TSB	kr 22 120 042	kr 19 961 643	-kr 2 158 399	-9,76 %
UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE HF	Ventetid	Somatikk	62,2	72,7	10,5	16,88 %
		PHV	51,2	72,5	21,3	41,60 %
		PHBU	54,3	52,9	-1,4	-2,58 %
		TSB	31,9	34,4	2,5	7,84 %
	Aktivitet	Somatikk	225154	207904	-17250	-7,66 %
		PHV	57442	57082	-360	-0,63 %
		PHBU	24945	28968	4023	16,13 %
		TSB	10205	8507	-1698	-16,64 %
	Økonomi	Somatikk	kr 4 794 425 711	kr 5 017 306 023	kr 222 880 312	4,65 %
		PHV	kr 720 521 227	kr 748 597 898	kr 28 076 671	3,90 %
		PHBU	kr 164 935 183	kr 169 139 831	kr 4 204 648	2,55 %
		TSB	kr 186 055 780	kr 195 795 510	kr 9 739 731	5,23 %
NORDLANDSSYKEHUSET HF	Ventetid	Somatikk	64,2	74,2	10	15,58 %
		PHV	56,2	63,7	7,5	13,35 %
		PHBU	62,4	58,4	-4	-6,41 %
		TSB	42,4	42,5	0,1	0,24 %
	Aktivitet	Somatikk	150304	144892	-5412	-3,60 %
		PHV	36486	37088	602	1,65 %
		PHBU	21116	21846	730	3,46 %
		TSB	4526	4995	469	10,36 %
	Økonomi	Somatikk	kr 2 394 977 914	kr 2 577 822 608	kr 182 844 695	7,63 %
		PHV	kr 575 542 025	kr 553 054 029	-kr 22 487 996	-3,91 %
		PHBU	kr 151 276 845	kr 164 329 112	kr 13 052 267	8,63 %
		TSB	kr 49 004 166	kr 54 641 309	kr 5 637 143	11,50 %
HELGELANDSSYKEHUSET HF	Ventetid	Somatikk	49,7	61	11,3	22,74 %
		PHV	41,5	42,1	0,6	1,45 %
		PHBU	47,5	39,3	-8,2	-17,26 %
		TSB	34,2	30,2	-4	-11,70 %
	Aktivitet	Somatikk	82287	78265	-4022	-4,89 %
		PHV	26509	23461	-3048	-11,50 %
		PHBU	12925	11109	-1816	-14,05 %
		TSB	3079	2939	-140	-4,55 %
	Økonomi	Somatikk	kr 1 141 160 179	kr 1 210 640 955	kr 69 480 775	6,09 %
		PHV	kr 139 700 419	kr 154 593 948	kr 14 893 529	10,66 %
		PHBU	kr 67 149 192	kr 74 107 305	kr 6 958 113	10,36 %
		TSB	kr 32 864 146	kr 33 988 230	kr 1 124 085	3,42 %
HELSE NORD, inkludert avtalespesialister og private tjenesteleverandører	Ventetid desember	Somatikk	57,1	68,3	11,2	16,40 %
		PHV	42,3	55,8	13,5	24,19 %
		PHBU	43,0	48,5	5,5	11,34 %
		TSB	33,0	42,2	9,2	21,80 %
	Ventetid årsgjennomsnitt	Somatikk	59,9	70,5	10,6	17,70 %
		PHV	50,4	61,1	10,7	21,23 %
		PHBU	53,8	51,8	-2,0	-3,72 %
		TSB	36,9	36,4	-0,5	-1,36 %
	Aktivitet	Somatikk	524633	492644	-31989	-6,10 %
		PHV	142329	141712	-617	-0,43 %
		PHBU	68940	71317	2377	3,45 %
		TSB	18931	17526	-1405	-7,42 %
	Økonomi	Somatikk	kr 10 156 435 185	kr 10 655 014 348	kr 498 579 163	4,91 %
		PHV	kr 1 750 480 161	kr 1 803 325 910	kr 52 845 750	3,02 %
		PHBU	kr 464 608 957	kr 480 090 060	kr 15 481 103	3,33 %
		TSB	kr 422 495 689	kr 447 359 901	kr 24 864 212	5,89 %

Koronapandemien har påvirket ventetider, aktivitet og den økonomiske situasjonen i Helse Nord. Helse Nord har i 2020 ikke klart å oppfylle kravet om å prioritere psykisk helsevern og TSB. Mest grunn til bekymring gir den sterke økningen i ventetider. Den polikliniske aktiviteten har også blitt påvirket og i TSB er aktiviteten redusert. Ikke uventet har det vært større vekst i kostander inne somatiske fag.

I løpet av høsten 2020 ble det iverksatt flere tiltak for å styrke tilbudene innenfor psykisk helsevern og TSB i Helse Nord. Særlig økningen i ventetider i psykisk helsevern for voksne og den store økningen i henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge har vært fulgt opp i dialog med helseforetakene. Arbeidet følges opp videre i 2021.

- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 pst.

Ansvar for implementering har vært lagt til ledelseslinjen i hvert helseforetak. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne var 66 % i 2020. Det vil også i 2021 være et kontinuerlig arbeid i alle foretak for å innfri måltall. Måltall forventes innfridd i løpet av 2021.

- Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.

Ansvar for implementering har vært lagt til ledelseslinjen i hvert helseforetak. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern voksne var 53 % i 2020. Det vil også i 2021 være et kontinuerlig arbeid i alle foretak for å innfri måltall. Måltall forventes innfridd i løpet av 2021.

- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 pst.

Det er ikke tilgjengelig nasjonale eller regionale resultater på denne indikatoren.

- Minst 50 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.

Andelen epikriser sendt innen 1 dag var 53 % for psykisk helsevern for voksne og 31 % innen TSB, I Helse Nord. Helseforetakene gjennomfører målrettet oppfølging av fagmiljøene for å bedre måloppnåelsen

- Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2020.

Antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak har økt fra 64 i 2019 til 68 i samme periode i 2020 (2. Tertial). Helse Nord er den regionen som har lavest andel av pasienter med tvangsmiddelvedtak. Helseforetakene rapporterer en økning i antall tvangsmiddelvedtak, særlig litt ut på året 2020. Det jobbes fortsatt målrettet i helseforetakene for å redusere tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern til et minimum.

<u>Andre oppgaver 2020:</u>

- Helse Nord RHF skal, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Kriminalomsorgsdirektoratet, utarbeide en konkret plan for etablering av en områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB for innsatte, jf. rapport Områdefunksjoner for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, SIFER 12. januar 2018 og Helsedirektoratets anbefalinger i brev av 19. mars 2018. I arbeidet med etableringen av områdefunksjon vil det også være nødvendig å ta hensyn til samiske innsattes språk og kultur.

Helse Vest RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Helse Vest har leia arbeidet med å utarbeide ein konkret plan for områdefunksjon. Arbeidet er utført i lag med dei andre regionale helseføretaka, Kriminalomsorgsdirektoratet, kriminalomsorgsregionane og dei aktuelle kompetansesentra. Arbeidet med planen er i sluttfasen og vil bli levert i første halvdel av februar 2021. Alle dei regionale helseføretaka har i 2021 lagt inn ekstra midlar til helsetenester i fengsel.

Andre oppdrag 2020:

- Departementet viser til SINTEFs første rapport for evaluering av pakkeforløpene i psykisk helse og rus. De regionale helseforetakene skal legge funnene i rapporten til grunn for videreutvikling av arbeidet med registrering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene. De regionale helseforetakene skal også sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene.

Det har vært jobbet målrettet med å forbedre resultatoppnåelse, registreringsutfordringer og tekniske løsninger i helseforetakene og i en regional arbeidsgruppe. Helseforetakene beskriver at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter har vært involvert i arbeidet.

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2020:

- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med året før.

Endelige tall for 2020 blir ikke publisert før mai 2021. UNN rapporterer en reduksjon fra 2018 til 2019, og foreløpige tall for 2020 tyder på en fortsatt positiv utvikling.

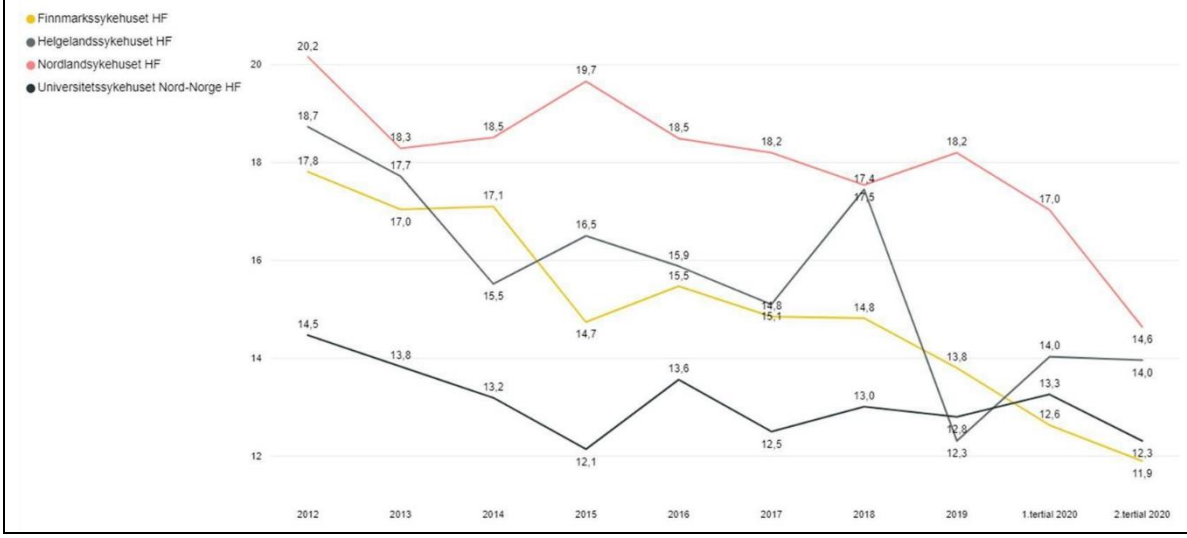
Nordlandssykehuset rapporterer at midlertidige tall for 2020 gir grunn til å tro at styringskravet vil bli oppnådd. Foretaket har redegjort for GTT-tallene i eget styre, og har generelt sett brukt tallene aktivt i lederoppfølgingen.

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset rapporterer også at de har redusert antall pasientskader, målt med GTT, fra 2018 til 2019, men viser ikke til foreløpige tall for 2020.

- 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012. 2020 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.

I Helse Nord er forbruket redusert siden 2012 med totalt 23,4 prosent, og målet er således ikke nådd.

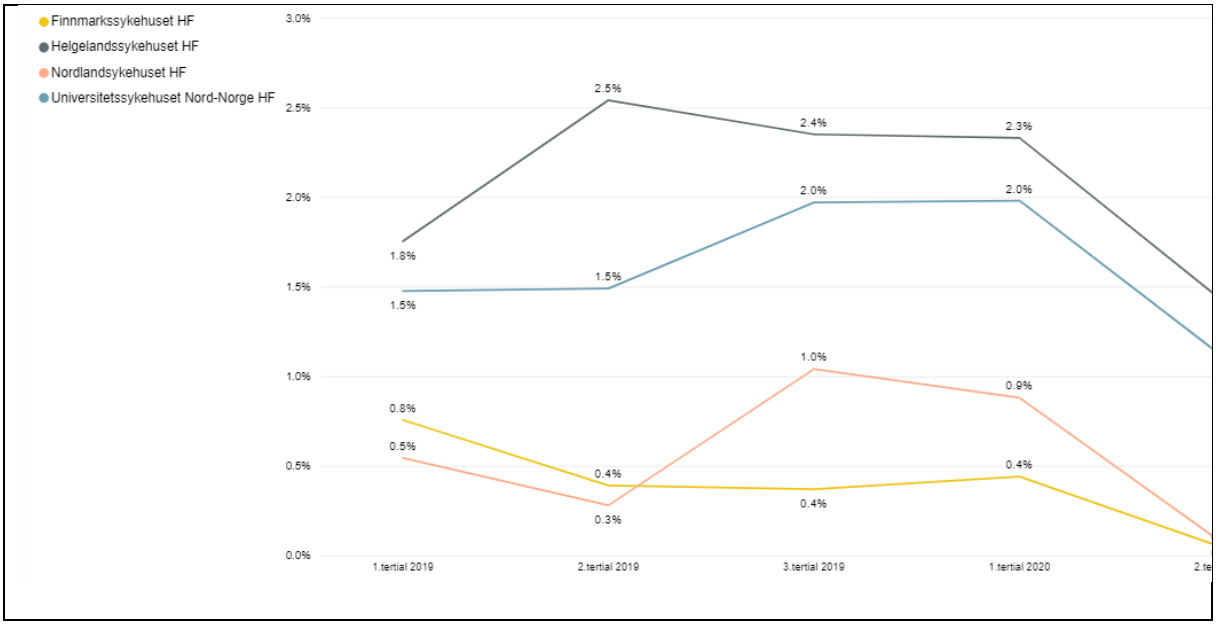
Ved utgangen av 2. tertial 2020 hadde Helse Nord lavest forbruk i landet med 13,1 DDD per 100 liggedøgn. Samlet nasjonalt forbruk var 14,3 DDD per 100 liggedøgn. Finnmarkssykehuset har redusert forbruket med 33 prosent sammenlignet med 2012. De øvrige helseforetakene i Helse Nord har ikke samme måloppnåelse; Helgelandssykehuset 25 prosent og Nordlandssykehuset 28 prosent. UNN har en reduksjon på 15 prosent. UNN hadde en lav inngangsverdi i 2012 og ligger også i 2020 tydelig under landsgjennomsnitt med 12,3 DDD. Planlagte tiltak i regi av A-teamene ble iverksatt i 2020, men gjennomføringen ble noe redusert pga. pandemien.



Figur 5 Antall definerte døgndoser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i sykehus. Kilde: Helsedirektoratet

- Ingen korridorpasienter.

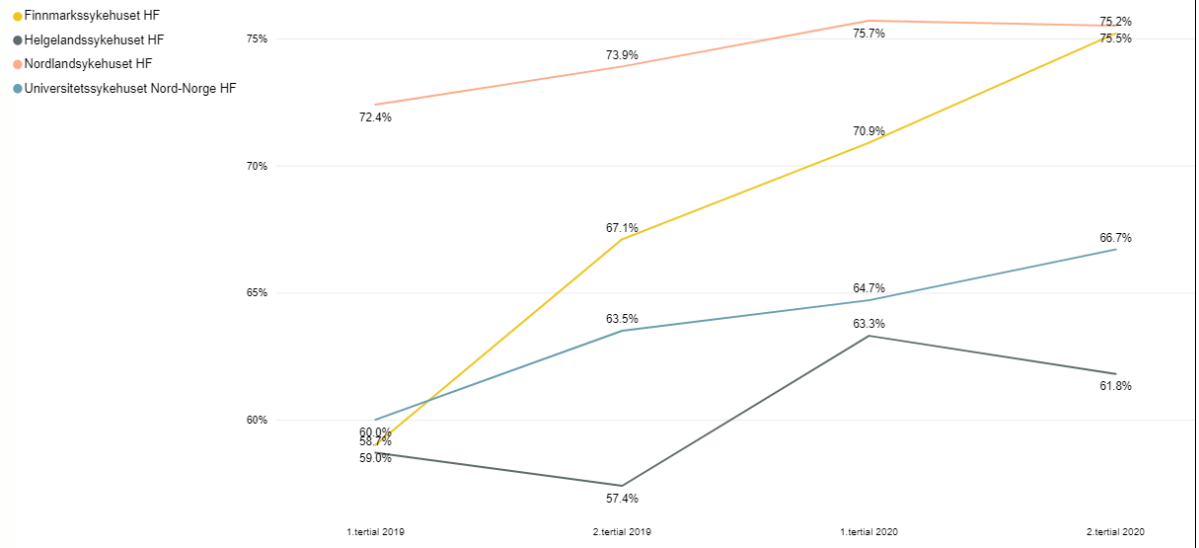
Samtlige foretak har hatt en reduksjon i antall korridorpasienter i 2020. Nedgangen var betydelig fra 1. tertial til 2. tertial. Det er sannsynlig at redusert aktivitet, som en følge av pandemien, har bidratt til reduksjonen.



Figur 6 Andel korridorpasienter

- Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.

Finnmarkssykehuset og UNN har oppnådd målet i 2.tertial. Det er positiv utvikling også for Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset sammenlignet med 2019. Foretakene rapporterer lavere måloppnåelse som en følge av annen tellelogikk enn den Helsedirektoratet bruker. Ny regional rapportering som samsvarer med Helsedirektoratet er under utarbeidelse. Foretakene rapporterer at det jobbes med å øke måloppnåelse.



Figur 7 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjenesten(kilde: Helsedirektoratet)

- Antall nye kliniske behandlingsstudier er økt med 5 pst. i 2020 sammenliknet med 2018.

Rapportering av kliniske behandlingsstudier i foretakene pågår, med frist 26. mars til prosjektledere. Rapporteringen er nasjonalt koordinert, og endelige tall for 2020 vil foreligge senere i vår. Først da kan tallene sammenliknes med 2018. Rapporteringsstatus for slike studier i 2020 kan følges på: https://www.cristin.no/behandlingsstudier/status-2020.html

Andre oppgaver 2020:

- Helse Nord RHF skal etablere et regionalt barnepalliativt team som skal veilede de lokale barneavdelingene og ha ansvar for helseregionens kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon, i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge. Helse Nord sitt barnepalliative team må ha tilgang til samisk språk og kulturkompetanse og skal bistå de andre helseregionenes barnepalliative team ved behov for samisk språk og kulturkompetanse.

Det er utarbeidet mandat og regional arbeidsgruppe er etablert. Arbeidet fortsetter i 2021. FAG skriv når leveransen skal være klar.

- Helse Nord RHF skal sørge for at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem, et slikt ønske skal dokumenteres.

Helseforetakene har rutiner for å unngå at pasienter transporteres hjem om natten. Unntak er gjort i noen få tilfeller hvor pasienten selv har ønsket hjemtransport etter midnatt, for å unngå å vente til neste dag.

- Helse Nord RHF skal, i samarbeid med kommunene få på plass følgetjeneste for gravide og fødende, i tråd med Helsedirektoratets nasjonale veileder Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veilederen legger til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense og må beregnes ut fra faktisk bosettingsmønster, ikke beliggenhet av kommunesenteret. Det vises til Helsedirektoratets oppdrag om å belyse hva endringer i kompleksitet i fødselsomsorgen betyr for bemanning og finansieringssystem med frist 1. mars 2020.

Det er ulik dekningsgrad av døgnkontinuerlig følgetjeneste i regionen. Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med flere kommuner, og dette arbeidet forsetter i 2021.

Som eksempler kan nevnes at Nordlandssykehuset har inngått avtale med Andøy, Steigen, Hamarøy og Meløy kommune om følgetjeneste for gravide. Tjenesten dekker hele døgnet og utføres av jordmor eller annet kompetent helsepersonell (lege). Der fødende bor lenger unna fødested enn 1,5 timer er det etablert forsvarlige løsninger, i dialog med den gravide. Det er inngått egne avtaler med Værøy og Røst, som tillegg til tjenesteavtale 8. Avtalen innebærer at den fødende tilbys opphold nært fødested 14 dager før termin for å ivareta sikker fødselsomsorg.

I Finnmark har 15 av 18 kommuner over 90 minutter til fødested. Alle disse inngikk avtale med Finnmarkssykehuset i 2012. Beredskapen er gjennomgått og vurdert i 2020, og resultatene viser at den fungerer tilfredsstillende i Vest-Finnmark. I Øst-Finnmark er det større variasjon, ved at noen bruker følgetjeneste, mens andre bor på hotell i Kirkenes siste tiden før fødsel.

UNN og Helgelandssykehuset har samarbeid med kommunene om følgetjenesten, men det gjenstår fortsatt noe arbeid før tjenesten er godt etablert i alle aktuelle kommuner.

- Helse Sør-Øst RHF skal i løpet av våren 2020 etablere en landsdekkende lavterskeltjeneste og et helhetlig behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Helse Vest RHF skal etablere et behandlingstilbud til målgruppen høsten 2020, 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. Helsedirektoratet tildeles tilskudd til formålet over kap. 765, post 21 for 2020 og skal fordele midler til de regionale helseforetakene. Fristen for etablering utvides til utgangen av 2020.

Helse Nord har deltatt i interregional arbeidsgruppe og etablert et regionalt nettverk for å bygge kompetanse på SSA. Pandemien har forsinket arbeidet noe, men det arbeides videre for å sikre god implementering av behandlingsmetodikken i regionen.

- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Vest RHF, utarbeide en plan for ParkinsonNet og starte en nasjonal iverksetting i 2020. Erfaringene fra pilotprosjektene og Helsedirektoratets evalueringsrapport legges til grunn for arbeidet, og Parkinsonforbundets bidrag til systematisk brukermedvirkning videreføres. Helsedirektoratet bidrar med sin erfaring som prosjektleder for pilotprosjektene. De regionale helseforetakene etablerer en nasjonal koordineringsfunksjon, i tråd med erfaringene fra Nederland og anbefalingen i Helsedirektoratets evalueringsrapport. Koordineringsfunksjonen skal ha oppgaver i utvikling og vedlikehold av ParkinsonNet i alle deler av landet, og skal finansieres av regionene i fellesskap. Parkinsonforbundets arbeid med

systematisk brukermedvirkning knyttes til den nasjonale koordineringsfunksjonen og finansieres fra denne. De regionale helseforetakene vurderer for øvrig behov for tilpasninger av den nederlandske modellen til norske forhold ut fra f.eks. lokal kapasitet, organisering og faglige og geografiske betingelser. Arbeidet videreføres i Oslo og Rogaland. Plan for ytterligere innføring av ParkinsonNet i de fire regionene skal utarbeides innen utgangen av 2020. Det skal tas sikte på å innføre modellen i flere helseforetak innen 30. juni 2021.

Helse Vest RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Det blei sett i gang eit prosjekt i samarbeid mellom dei regionale helseføretaka, Helsedirektoratet og Norges Parkinsonforbund, leia av Helse Vest RHF. Prosjekteigar er administrerande direktørar i dei fire regionale helseføretaka, og styringsgruppe er fagdirektørar supplert med brukarrepresentant og konserntillitsvalde.

Prosjektdirektiv med mandat og organisering for prosjektet blei godkjent av styringsgruppa i juni og av prosjekteigar i august 2020. Prosjektet arbeidde i perioden september til desember 2020. Prosjektgruppa hadde representantar frå RHF-a, HF-a der pilotprosjekta var lokaliserte, Norges Parkinsonforbund og Helsedirektoratet. Etter innspel frå styringsgruppa blei InnoMed knytt til prosjektet, og har bidrege til løysningsforslag for mellom anna involvering og samarbeid med kommunar.

Sluttrapporten frå det interregionale prosjektet skisserer framgangsmåtar for å implementere nettverksmodellen i samsvar med føringane i oppdragsdokumentet. Løysingsforslaga er overordna prinsipp og utgjer ei ramme for lokale tilpassingar i implementeringa i helseregionane. Framdriftsplanen legg opp til ei gradvis start av nasjonal iverksetting våren 2021, og med implementering som vil vare ut 2024.

Deltaking frå kommunane i ParkinsonNet er eit suksesskriterium og ein risikofaktor i den nasjonale iverksettinga. Helsefellesskapa blir peikt på som ein viktig innfallsport for samarbeid om ParkinsonNet. I Nasjonal helse- og sykehusplan blir ParkinsonNet mellom anna trekt fram som eit eksempel på ein nettverksmodell for kompetanseheving og -deling på tvers. Det vil vere viktig for implementeringa at modellen blir framheva for helsefellesskapa som eit eksempel på ein tenestemodell på tvers.

Sluttrapporten frå prosjektet blei godkjend av styringsgruppa 18. januar. Rapporten vil bli lagt fram for prosjekteigar til endeleg godkjenning 15. februar, før oversending til Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse Nord RHF skal frem mot publisering av nasjonal, faglig retningslinje i april 2020 etablere et helhetlig behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens. Helsedirektoratets foreslåtte anbefalinger (sendt på høring 27. november 2019) skal legges til grunn ved etableringen, sammen med

internasjonal fagkunnskap og erfaringer fra andre lands tjenester på området. Når endelig retningslinje er publisert må det regionale helseforetaket vurdere om det er behov for justeringer i tilbudet. Fristen for etablering utvides til utgangen av 2020.

UNN har i samarbeide med de øvrige universitetssykehusene utarbeidet en retningslinje for et helhetlig behandlingstilbud. Det er etablert et tverrfaglig behandlingstilbud for barn og unge opp til 23 år ved UNN.

Selve senteret er under etablering, i hvert fall dersom det skal være et regionalt behandlingstilbud. En sak rundt dette fremmes til det regionale fagsjefmøtet.

- Helse Nord RHF skal etablere nye kvalitetsregistre i tråd med "Plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre", herunder innenfor nevrologi som omfatter motornevronsykdommer som ALS. Etablering av registre innenfor nevrologi bør sees i sammenheng med Neuro-SysMed.

Det interregionale fagdirektørmøtet har besluttet for 2020 å prioritere utvikling av nye somatiske medisinske kvalitetsregistre innenfor fagområdene brannskade, motornevronsykdommer (ALS) og alvorlig hodepine. Begrunnelsen er at det finnes etablerte registerinitiativer som vil være klare til å settes i drift. Representanter for ALS-registeret, Neuro-SysMed og Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre i SKDE har avklart hvordan disse aktørene kan ses i sammenheng. ALS-registeret er i prosess for søknad om nasjonal status, og det er forventet en avklaring av nasjonal status i løpet av våren 2021.
De regionale helseforetakene har opprettet en prosjektgruppe for å følge opp det nasjonale AD-møtets beslutning om etablering av kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og rusbehandling. Søknad om nasjonal status for kvalitetsregister innen alderspsykiatri (KVALAP) og Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT-register) er i prosess.

- Helse Nord RHF skal påse at sykehusene ikke bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver:
    - Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.
    - Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.
    - Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus.
    - Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det.

- Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler. Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.

Legeforeningens "Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus" bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene.

Helseforetakene har fulgt opp kravet ved å gjennomgå og oppdatere rutiner for administrativt arbeid som bør ligge i sykehusene, og som skal sikre godt samarbeid mellom fastleger og sykehusleger. Rutinene er behandlet i overordnet samarbeidsorgan. Det er et mål at eventuell uenighet løses i dialog mellom samhandlingspartnerne uten at pasienter og brukere berøres.

- Helse Nord RHF skal videreutvikle behandlingstilbudet til pasienter med langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander med uklar årsak, i samarbeid med øvrige regionale helseforetak og aktuelle fagmiljøer. Erfaringene fra pilotprosjektet skal legges til grunn og Helse Midt-Norge RHF skal koordinere arbeidet.

Helse Midt-Norge RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

St. Olavs hospital HF leder arbeidet. Det er oppnevnt deltakere og arbeidet er startet.

Utredningsoppdrag:

- De regionale helseforetakene skal utvikle og etablere felles rammeverk/kriterier for utprøvende behandling som kan tilbys enkeltpasienter etter en individuell vurdering, i tråd med de nasjonale prinsippene for utprøvende behandling. Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Det er nedsatt en interregional arbeidsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF for å håndtere dette oppdraget sammen med tilgrensende tilleggsoppdrag gitt av interregionalt fagdirektørmøte 24. februar 2020. Det har bl.a. vært i dialog med Helsedirektoratet om mulig bruk av koding for bedre oversikt, og som indikator er det brukt en diagnose som ikke skal utløse ISF. Det har vært foreslått bruk av særkode, men Helsedirektoratet har avvist dette. Oppdraget er av ulike årsaker blitt forsinket, men forventes lagt frem for interregionalt fagdirektørmøte i april 2021.

- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, utrede og implementere ordninger for midlertidig innføring og revurdering av

nye metoder i Nye metoder for å tilrettelegge for innføring av persontilpasset medisin i tjenesten. Ny frist for oppdraget settes til 1. juni 2021.

Helse Midt-Norge RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Det er nedsatt et prosjekt under ledelse av Helse Midt-Norge RHF. Sluttrapport forventes forelagt de regionale helseforetakene i mai 2021, og oversendt HOD innen frist.

- Det vises til to oppdrag til de regionale helseforetakene i 2019 om revurdering av behandlingsmetoder. De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF og i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og øvrige aktører i Nye metoder videreføre arbeidet i 2020 i tråd med statusrapport av 1. november 2019, herunder pilotering av fem metoder. Ny status for arbeidet skal leveres innen 1. november 2020. De regionale helseforetakene må vurdere om det kan være behov for å gi særskilt støtte til omstilling ved utfasing av tjenester i sykehus, for eksempel grunnet manglende forskningsbasert dokumentasjon om effekt eller fordi det er utviklet bedre og tryggere metoder.

Helse Midt RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Arbeidet startet opp i januar, men ble utsatt på grunn av Koronapandemien.

Noen aktiviteter har imidlertid blitt gjennomført: Tre av fem piloter er nå til vurdering i Nye Metoder. Pilotene er hysterektomi, acromionreseksjon ved Impingement syndrom og håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom. I samarbeid med FHI, jobbes det med forslag til metodevurdering for de to øvrige pilotprosedyrene, tonsillektomi og hemoroidektomi. Prosjektet avventer resultatene fra behandlingen.

Helse Midt-Norge har fulgt med på utviklingen for prosedyrene som har blitt pekt ut i Norge, basert på The Evidence Based Interventions Programme i England. Analyser av data som viser utviklingen i pandemiperioden tyder på at prosedyrene med diskutabel nytteverdi har blitt redusert mer enn øvrig elektiv kirurgi (jf. tall pr utgangen av 2020). Det gjenstår å se om endringen er av varig karakter.

Videre har dialogen med representanter fra Gjør Kloke Valg-kampanjen blitt gjenopptatt høsten 2020.

Personell, utdanning og kompetanse

- Alle akuttsykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akuttsykehus skal ha spesialist i geriatri.

Alle helseforetakene har en eller flere spesialister i geriatri, og akuttsykehusene har breddekompetanse i behandling av eldre.
Ved UNN er det geriater i alle sykehusene. Ved Nordlandssykehuset er det geriater i Bodø, og det pågår et arbeid for å styrke spesialiteten ved å kunne tilby spesialiseringsløp, i samarbeid med UNN.
Helgelandssykehuset har geriater i Mo i Rana. Finnmarkssykehuset har geriater i Kirkenes, og i Hammerfest blir geriater spesialistgodkjent i løpet av våren.

Forskning og innovasjon

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid med relevante aktører, og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF sette av nødvendige ressurser[3] til å gjennomføre rapportering på indikator for kliniske behandlingsstudier og etablere en gruppe som skal bidra til økt kvalitet på rapporteringen.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Arbeidet med rapportering på indikator for kliniske behandlingsstudier videreføres som et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning (UNIT) og med nær kontakt med Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Kvalitetssikring av data skjer i samråd med regionale kontakter i de fire regionale helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF ivaretar løpende kontakt med UNIT for gjennomføring av arbeidet og disponering av avsatte ressurser.

- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, legge til rette for bruk av molekylære tester, genpaneler og biomarkører i forskning og klinisk praksis og samordne nasjonal infrastruktur for persontilpasset medisin til forskning og klinikk. Oppdraget videreføres med følgende presisering: Det forutsettes at universitetene involveres i arbeidet der det er relevant.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Helse Sør-Øst RHF har med regionale midler fra 2019 støttet implementeringen av en regional infrastruktur for presisjonsmedisin med fokus på molekylær patologi med tilhørende mulighet for genanalyser og med biobankstøtte.

De administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene var i juni 2020 enige om å tildele i alt 50 millioner kroner, fordelt til de fire regionene i henhold til Magnussen-fordeling, for å etablere en nasjonal infrastruktur for persontilpasset medisin. Helse Sør-Øst RHF skal følge opp arbeidet med etablering av infrastrukturen i samråd med Nasjonalt kompetansenettverk innen persontilpasset medisin og det

interregionale fagdirektørmøtet. Samarbeidet med universitetene ivaretas der det er faglig behov.

Utredningsoppdrag:

- Helse Nord RHF skal bidra i Innovasjon Norge og Norges forskningsråds utredning av et mer treffsikkert forsknings- og utviklingsløp for nye og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom bedre samordning av ulike virkemidler (Pilot Helse).

Helse Nord RHF har bidratt i utredningsarbeidet gjennom deltakelse i møter og bidrar med deltaker i ressursgruppen som vurderer søknader til Pilot Helse i utlysningsperioden.

Nye oppgaver 2020:

- De regionale helseforetakene skal følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten "Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem" i utvikling av fødeinstitusjonene.

Helse Nord deler oppfatningen som fremkommer av rapporten til Helsedirektoratet om at fødetilbudet bør ha forutsigbare rammer som ivaretar krav til kvalitet og pasientsikkerhet, herunder tilstrekkelig kompetanse og bemanning.

Det er viktig at helseforetakene står fritt til å disponere både basisbevilgningen og de aktivitetsbaserte inntektene slik de mener er hensiktsmessig, innenfor gjeldende regler og krav.

Det betyr at det er opp til helseforetakene selv å vurdere om det er behov for å øke andelen rammefinansiering internt til fødeavdelingene for å oppfylle kravene som er satt til tjenesten.

Finnmarkssykehuset
15 av Finnmarks 18 kommuner har transporttid til fødested over 90 minutter. Alle disse kommunene inngikk avtale med Finnmarkssykehuset i 2012. Tjenesteavtalen ble revidert i 2018 av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra kommunene og FIN. FIN har i 2020 gjennomgått og vurdert etablert beredskap. Klinikk Hammerfest konkluderer med tilfredsstillende beredskap i Vest-Finnmark. Følgetjenesten fungerer ulikt i Øst-Finnmark. Vadsø bruker følgetjeneste mest, fra andre kommuner benyttes overnatting på hotell i Kirkens i større grad.

UNN
UNN gjennomgikk i 2020 rapporten som vår seksjonsoverlege Martin Grønnberg var medforfatter på. Rapporten beskriver en utvikling der de viktigste endringene er en

økning i alder og KMI og en økt andel gravide som har ressurskrevende sykdommer og tilstander i svangerskapet og en større andel med inngrep og komplikasjoner under fødsel. Det er også en vesentlig økning av gravide med fødeland utenfor Norge. Fødende fra enkelte land bidrar vesentlig til økning i risikoprofil for fødepopulasjonen.

Vi har fulgt opp hovedpunktene i rapporten på følgende måte:

Bemanning og kompetanse

UNN har kvalifisert personell tilgjengelig for den behandlingen de gravide trenger i tråd med kvalitets- og kompetansekrav definert i Nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. UNN har en langsiktig plan for å rekruttere, beholde og utdanne helsepersonell i fødeinstitusjonene slik at behovet for god kvalitet i fødselsomsorgen blir dekket. UNN oppfyller de nasjonale normtallene gjennom overtid hos ansatte. Vi er i en prosess med å ansette flere slik at normtallene kan oppfylles i ordinær arbeidstid.

Seleksjonskriteriene

UNN har gjennomgått, følger og oppdaterer kontinuerlig seleksjonskriteriene for fødsler, slik de er nedfelt i nasjonale veiledere.

Økonomi

Behovet for å øke det økonomiske handlingsrommet for fødevirksomheten i UNN er meldt inn til virksomhetsplanleggingen. En evt. økning i intern finansiering vurderes som del av en helhetlig prioritering.

Følgetjeneste

Behovet for følgetjenester gjelder for UNN ytre deler av Lyngen kommune. Vi har implementert nasjonale føringer og gjort avtale med kommunen om dette.

Nordlandssykehuset

Kvinneklinikken har fulgt opp og kartlagt behovet for kompetanse og ressurser for jordmødre, sykepleiere og barnepleiere de neste 5 år. Fokus vil være på å rekruttere og beholde riktig personell. Klinikken vektlegger utvikling og videreføring av simtrening samt utdanning av flere Alsoinstruktører/simfasilitatorer. Klinikken har ikke vært involvert i arbeid som omhandler finansieringssystemet.

Helgelandssykehuset

Siden det i denne rapporten er flere føringer bl.a. finansieringsordninger, ble det i oppfølgingsmøte med HN RHF 20.08.2020, tatt opp med HN RHF hvordan dette punktet skulle besvares. Dette skulle tydeliggjøres til neste oppfølgingsmøte 27.11.2020. Det er foreløpig ikke kommet noen avklaring på hvordan punktet skal besvares. Til avklaring. Er det dialog med HSYK på dette?

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø med regionale noder for nasjonale tjenester og nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk etter modell fra kvalitetsregistre, med mål om etablering i løpet av 2021. Servicemiljøet bør på egnet måte være samordnet med nasjonale og regionale støttefunksjoner for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Helse Midt-Norge RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Planlegging av utredningsarbeidet ble påstartet i 2020 men arbeidet ble ikke igangsatt. Det er utarbeidet en prosjektplan for arbeidet, inkludert mandat og gjennomføringsplan. Denne er oversendt til interregionalt fagdirektørmøte i februar for godkjenning. Arbeidet vil deretter starte og gjennomføres i tråd med prosjektplanen.

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid utarbeide et harmonisert nasjonalt internopplæringsprogram for sykepleie i intensivbehandling av covid-19 pasienter. Internopplæringsprogrammet skal bestå av læringsmål for denne typen intensivbehandling. Frist for ferdigstilling er 1. oktober 2020.

Helse Nord har oppnevnt deltakere fra henholdsvis UNN og Nordlandssykehuset som har bidratt i dette tverregionalt samarbeid ledet av Helse Vest. Arbeidet ble levert innenfor frist og er tilgjengeliggjort og tatt i bruk av foretakene.

2.4 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

De regionale helseforetakene skal gi helseforetakene i oppdrag å:

- øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering.

Det er i regi av regionalt utdanningssenter opprettet eget regionalt opplegg for simulering. Helse Nord bidrar i tillegg i tverregionalt samarbeid for erfaringsutveksling og kompetanseutvikling innenfor simulering.

- samarbeide med Folkehelseinstituttet om gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB.

Helse Nord RHF har god dialog med Folkehelseinstituttet om PasOpp undersøkelsene, og gjennomfører disse i tråd med planen fra FHI.

- implementere tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam innen psykisk helsevern der det er befolkningsmessig grunnlag for det.

Helseforetakene i regionen er alle godt i gang med å etablere tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam. Det er så langt ikke etablert et slik behandlingstilbud i Bodø-området. Bakgrunnen er store rekrutteringsutfordringer i lokalt helseforetak. Øvrige helseforetak beskriver god fremdrift i denne etableringen.

De regionale helseforetakene skal:

- gjennomgå ambulansebåttjenesten og komme med forslag til forenkling av regelverket. Helse Nord RHF skal lede arbeidet. Oppdraget konkretiseres i nærmere dialog med departementet.

Helse Nord RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene Arbeidet er igangsatt etter avklaring av mandatet med HOD. Det arbeides med å få representanter fra helseforetakene og kommunene (via KS) til å delta i arbeidsgruppe. Ny frist: 1. desember 2021

- etablere et nasjonalt samarbeid om utvikling og bruk av simulering som metode. Helse Vest RHF skal lede dette arbeidet.

Helse Vest RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene Det interregionale fagdirektørmøtet behandla sak om nasjonalt samarbeid i desember 2020. Dei ba Helse Vest om å etablere og leie ein interregional arbeidsgruppe som kan utarbeide eit forslag til framdriftsplan og kostnadsoverslag for at eit nasjonalt

kompetansenettverk - SimNorge - skal bli ein realitet. Det nasjonale kompetansenettverket skal sørgje for deling av simuleringsmetodar og utvikling av simuleringsopplegg i spesialisthelsetenesta.

Oppdraget er ein oppfølging av Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 der det er ein klar forventing til at det blir etablert eit nasjonalt samarbeid for simulering, leia av Helse Vest.

Helse Vest RHF har bedd regional koordineringseining for simulering og ferdigheitstrening (RegSim) om å leie arbeidet. Det er etablert ei interregional arbeidsgruppe med representasjon frå alle dei regionale helseføretaka. Eit utkast til direktiv for nasjonalt kompetansenettverk vil bli lagt fram for godkjenning i interregionalt fagdirektørmøte i mars 2021.

- legge til rette for at flere metoder innen psykisk helsevern og TSB blir vurdert i systemet for Nye metoder.

UNN rapporterer at de jobber med en metodevurdering på bruk av video i pasientbehandling, men ingen metoder innen psykisk helsevern og TSB er vurdert i systemet for Nye metoder i løpet av 2020.

- øke sin bruk av skjermtolking.

I Helse Nord utgjør skjermtolking kun en liten andel av tolkingen. Tolking skjer mest ved bruk av telefon, og erfaringen er at det fungerer godt for alle parter. En tilbakemelding fra Nordlandssykehuset er at skjermtolking kan føre til distraksjon og gjøre det vanskelig for pasienten å få med seg all informasjon. Det bør derfor vurderes nøye hvilke pasienter og type konsultasjoner dette er egnet for.

3. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

Rapporteringen skal følge struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til protokoll fra foretaksmøtet i januar 2020. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre foretaksmøter legges til i avsnitt 3.2, sammen med omtale av eventuelle øvrige aktuelle saker.

3.1 Krav og rammer for 2020

Bemanning, ledelse og organisasjon

Læreplasser

I tråd med omtale i Nasjonal helse- og sykehusplan ba foretaksmøtet om at:

- antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus økes i løpet av planperioden 2020–2023. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger skal prioriteres i planperioden.

Helseforetakene forsetter arbeidet med å trappe opp antallet lærlinger. Sykehusforetakene rapporterer å være i rute med 20 % økning i antallet helsefaglærlinger i perioden.

- det opprettes et opplæringskontor for helsefaglærlinger og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.

Helgelandssykehuset har opprettet opplæringskontor og lærlingekoordinator er ansatt. Ved UNN HF fortsetter dagens ordning der man har et samarbeid med eksternt opplæringskontor. Ordningen ved UNN fungerer godt og dekker behovet.

- de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, oppretter et nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere lærlinger i planperioden.

Helse Vest RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene Helse Stavanger HF leiar prosjektet med etablering av eit nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følgje opp målet om fleire lærlingar i planperioden, på vegner av Helse Vest. Det er etablert regionalt nettverket, men arbeidet er utsett grunna pandemien, jf. føretaksprotokollen juni 2020.

Inkluderingsdugnaden

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- iverksette egen plan og etablere rapporteringsrutiner knyttet til rekrutteringsarbeidet for å nå til inkluderingsdugnadens målsettinger. Det skal rapporteres på arbeidet innen 1. juni 2020. <Ny frist 1. juni 2021.>

Alle foretak vil ha utarbeidet og styrebehandlet handlingsplan innen fristen.

- vurdere å ta i bruk traineeordninger i sitt arbeid for å nå målene i inkluderingsdugnaden.

Arbeidet med å utarbeide et konsept for «Inkluderingsprogrammet i spesialisthelsetjenesten» (som blir spesialisthelsetjenestens traineeprogram) er påbegynt. Konseptet vil bygge på lignende modell som Statens traineeprogram. Planleggingsarbeidet vil fullføres i 2021 og det vil iverksettes minimum en pilot i hver helseregion. Helseforetakene vil da vurdere å delta i programmet.

Sykehuspraksis for leger i spesialisering i allmennmedisin

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å etablere en ordning for ALIS' (leger i spesialisering i allmennmedisin) sykehuspraksis for å oppnå fastsatte læringsmål. Det forutsettes ikke opprettelse av egne stillinger, og det bes om at tilgjengelige ressurser benyttes. Avvikling av sykehuspraksis skal avtales med samarbeidende kommuner.

Foretakene har etablert samarbeidsavtaler på området. Ordning for ALIS-sykehuspraksis er utsatt pga koronapandemien, men ivaretatt gjennom nytt krav i OD2021.

Oppfølging av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å rapportere på etterlevelse av forskriften innen 1. juni 2020, herunder hvordan den årlige gjennomgangen er lagt opp og erfaringer så langt. <Ny frist 1. oktober 2020.>

Helse Nord RHF viser til presentasjon i oppfølgingsmøte 14. oktober 2020 hvor bl.a. overordnet vurdering ble formulert: • Alle HF arbeider aktivt og målrettet med implementering av forskrift - Ulik modenhetsgrad - Alle gjennomfører ledelsens gjennomgang årlig, styresak oversendes til HN RHF - I liten grad samarbeid mellom helseforetakene - Forskrift og veileder oppleves å være nyttig - Krevende å få lik forståelse i hele organisasjonen - Systematisk lederopplæring er identifisert som tiltak - Krav i OD om å delta i *QI-Nord Forbedringsutdanning* - Ikke funnet den endelige formen og strukturen i arbeidet. Bl.a. må begrepet «styringssystem» defineres bedre Foretaksgruppen har i 2. halvår arbeidet videre med systematikken i *Ledelsens gjennomgang*. Arbeidet har fokus på måloppnåelse, dokument- og avvikshåndtering, og interne/eksterne revisjoner. Flere foretak har konkludert med at arbeidet med risikostyring er et forbedringsområde.

Nasjonal helse- og sykehusplan

Helsefellesskap

Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene gir helseforetakene i oppdrag å:

- innrette sitt samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i NHSP og i tråd med avtale mellom regjeringen og KS av 23. oktober 2019 om innføring av helsefellesskap

Arbeidet med etablering av helsefellesskap er godt i gang i partnerskap med kommunene i alle foretaksområder. Det er etablert organ som forbereder partnerskapsmøter og utvikler rammer for samarbeidet På grunn av covid-19 og for å ivareta hensynet til forsvarlig saksbehandling, sikre god forankring og få en god start på arbeidet tar dette noe lengre tid enn opprinnelig tenkt. Partnerskapsmøter vil bli avholdt i perioden april – oktober 2021.

- sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefellesskapene

Finnmarkssykehuset har i den nåværende samhandlingsorganisasjonen etablert planer for kompetansedeling. Det vil bli fulgt opp i ny organisasjon. I de øvrige tre helsefellesskapsområder vil initiativ for å følge opp konkrete områder som kompetansedeling i samhandlingen, først komme når helsefellesskapet er etablert.

- gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan sammen med kommunene i helsefellesskapet.

Innspill til neste helse- og sykehusplan vil være del av det arbeid det tas fatt på når helsefellesskapene er etablert og tilbakemelding vil kunne skje primo 2022.

Utviklingsplaner

Foretaksmøtet ba om at:

- det utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022. Arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. Planene skal sendes på høring.

Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 vil ligge til grunn for bestilling til helseforetakene om å rullere lokale utviklingsplaner (2023-2038) innen 1. mai 2022, som igjen vil ligge til grunn for oppdatering av regional utviklingsplan innen utgangen av 2022.

- de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, innen utgangen av juni 2020 sikrer en revisjon av veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i NHSP. <Ny frist 1. november 2020.>

Helse Midt RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Oppdraget er utført. Veileder er styrebehandlet i de de regionale helseforetakenes styrer og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene stiller krav til helseforetakene om i sin neste utviklingsplan å:

- prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i helsefellesskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet.

- gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.

- fastsette konkrete mål for flytting av tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi.

- gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak.

Denne rapporteringsteksten gjelder de fire punktene over:
Helse Nord vil i sin neste utviklingsplan stille krav til helseforetakene om å:

- prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene
- fastsette konkrete mål for flytting av tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi
- gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak

- lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet.

Helse Nord har fulgt opp Nasjonal helse- og sykehusplan og kompetansefeltet i Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024, hvor det i innsatsområdet "Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser" er definert prioriterte områder:

- *prioritere vesentlig mer ressurser til utdanning og kompetanseutvikling*
- *samarbeide tett med utdanningsinstitusjonene for økt kapasitet inkludert desentralisert utdanning*
- *holde fast ved at vårt krav til helseforetakene om at andelen helsefagarbeidere skal økes til mer enn 5%*
- *motivere helseforetakene til å ta inn flere lærlinger og traineer som ansettes etter fullført løp*
- *opprette et regionalt kompetansesenter for digital læring*
- *forsterke partssamarbeidet for en helsefremmende arbeidsgiverpolitikk*
- *redusere sykefravær og frafall ved å styrke kapasiteten til inkluderende arbeidsliv og nærværsarbeid*
- *benytte systematikken i medarbeiderundersøkelsen ForBedring for å utvikle godt og sikkert arbeidsmiljø*
- *være pådriver for heltidskultur slik at helseforetakene ansetter flere i hele, faste stillinger*
- *innføre strategisk bemanningsplanlegging og avansert oppgaveplanlegging som felles metodikk i helseregionen*
- *iverksette oppgavedeling for å ta i bruk ubenyttet kompetanse og sikre rett bruk av kritisk kompetanse*
- *motivere for god ledelse og tilby lederutvikling med utgangspunkt i å lære fra de beste*

Videreutvikling av styringsmodellen

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene følge opp sluttnotatet ved å:

- gjennomgå praksis for involvering av helseforetakene i beslutninger som vedtas av styret i det regionale helseforetaket på områder som har stor betydning og direkte økonomiske konsekvenser for helseforetakene, og vurdere om det bør utarbeides retningslinjer for å tydeliggjøre hvordan helseforetakene skal involveres. Dette gjelder også for beslutninger som skal fattes av styret for felleseide nasjonale helseforetak.

Ref. Ledermøte 20.10.2020 gjennomgang av notat fra HOD om områder med potensiale for mer autonomi til helseforetakene (17.6.2019)

Helse Nord RHF har etter forutgående prosess med helseforetakene, oppdatert konsern-bestemmelser for investeringer, ref. styresak 52-2020, som er stadfestet i foretaksmøte med helseforetakene samme dag.

Foretaksgruppen har gjennomgått styringsmodellen for IKT, og kommet frem til omforent forståelse av RHFs plass i styringsmodellen med helseforetakene. Egen styresak legges frem for styret i Helse Nord RHF 1. halvår 2021.

Forankring av beslutninger som skal fattes av styret i felles eide helseforetak blir som hovedregel tatt opp i regionens direktørmøter i forkant av behandling av saker som skal til AD-møtet. Status for felles eide helseforetak legges frem til orientering i styret i Helse Nord RHF to ggr/år.

- vurdere arbeidsfordeling mellom regionalt helseforetak og helseforetak på områder som ikke er direkte knyttet til sørge- for-ansvaret (blant annet fag- og kompetanseutvikling, kvalitetsarbeid og støtteprosesser for helseforetak innen HR-området).

Ref. Ledermøte 20.10.2020 gjennomgang av notat fra HOD om områder med potensiale for mer autonomi til helseforetakene (17.6.2019)

Helse Nord RHF har de siste 2-3 årene er flere funksjoner satt ut til helseforetakene innenfor HR-linjen, gjennom nettverksoppgaver for å følge opp sykefravær, lederutvikling, simulering, digital læring o.a. Andre eksempler finnes i ulike fagnettverk og regionale funksjoner.

I OD 2021 er det satt ut ytterligere oppdrag til helseforetakene om utredninger/utviklingsarbeid hvor ansvar legges til utvalgte foretak. Eksempel:

- Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon – UNN HF leder oppdraget.
- Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF leder arbeidet.
- Avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer, ikke påvirker Helse Nord IKT HFs ansvar og oppgaver. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF.
- Utrede muligheten for nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Finnmarkssykehuset leder arbeidet
- Lede et interregionalt arbeid på vegne av Helse Nord RHF, som skal utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. Nordlandssykehuset leder arbeidet

- vurdere om oppdragsdokumentene til helseforetakene i større grad bør differensieres og reflektere særtrekk ved det enkelte helseforetakets opptaksområde og ansvar.

Ref. Ledermøte 20.10.2020 gjennomgang av notat fra HOD om områder med potensiale for mer autonomi til helseforetakene (17.6.2019)

Oppdragsdokumentet til f.eks. Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF er ført etter samme logikk som sykehusforetakene. Det har flere fordeler for Helse Nord RHF som utarbeider dokumentet, men muligens ikke for mottaker. Metodikken er vurdert, og konkludert med at den beholdes.

- vurdere om det er behov for å tydeliggjøre rollen til styrene i helseforetakene og å utdype dette i styreveiledere for helseforetakene i helseregionen.

Ref. Ledermøte 20.10.2020 gjennomgang av notat fra HOD om områder med potensiale for mer autonomi til helseforetakene (17.6.2019)

Adm. direktør har jevnlige møter med styrelederne i alle helseforetakene, hvor dagsaktuelle tema er på agenda. Møtearenaen vurderes som hensiktsmessig fra alle parter.
Oppdatering av styreveileder pågår.

Nasjonal samordning

Ansvarlig virksomhet og klimaregnskap

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:
- videreutvikle det eksisterende arbeidet med ansvarlig virksomhet og klimaregnskap.
- publisere en årlig nasjonal rapport om spesialisthelsetjenestens arbeid med ansvarlig virksomhet.

Helse Vest RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

I 2020 ble spesialisthelsetjenestens årlige Miljø- og klimakonferanse avlyst på grunn av pandemien. Som erstatning ble det arrangert fem webinarer med tema: Miljø og samfunnsansvar i innkjøp, Grønne bygg og omstilling i eiendomssektoren, Antikorrupsjonsarbeid i sykehus, Sirkulære anskaffelser og ombruk i sykehus og Miljø og samfunnsansvar i Sykehusbygg.

Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap er videreutviklet ved at det for 2020 er lagt til rapportering på anestesigassene; Desfluran, Isofluran og Sevofluran. Desfluran har en betydelig høyere klimagassekvivalent enn sevofluran og Isofluran. Gassene legges til klimaregnskap for 2020 med formål om å få mer kunnskap om forbruk i helseforetakene. Rapporteringen på kuldemedier er utvidet ved å legge til flere F-gasser (HFK-gasser).

I 2020 er det utarbeidet et Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten. Rammeverket skal gjelde for alle helseforetak i de fire helseregionene fra 2022. FNs bærekraftsmål er lagt til grunn som felles målområder og rammeverket beskriver systematisk oppfølging av arbeid med miljø og bærekraft.

Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2020 er den tredje felles rapporten som publiseres. Rapporten ferdigstilles i mars 2021. Kommunikasjonstiltak for å tilgjengeliggjøre rapporten for ansatte, pasienter og pårørende vil forbedres ved bla. QR-kode/enkel nettilgang.

Pasientreiser – handlingsplan for allmennlegetjenesten

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene, i samarbeid med Pasientreiser HF, se på mulige endringer i arbeidet med pasientreiser som kan avlaste fastlegene og deres personell på kort og lang sikt. Frist for rapport og forslag til omtale i handlingsplan for allmennlegetjenesten settes til 1. mars 2020.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

En interregional prosjektgruppe med representanter fra pasientreisekontor, regionale helseforetak, Pasientreiser HF, kommuneleger og brukere utarbeidet i løpet av våren en rapport med forslag til ulike tiltak. Rapporten ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet før 1. mars 2020.

Luftambulansetjenesten

- Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene sørger for at det blir gjennomført en evaluering av prosessen med anskaffelse av ambulansefly, herunder at det blir gjort en vurdering av i hvilken grad problemene i tjenesten siden våren 2018 kan knyttes til denne. Frist for oppdraget settes til 15. september 2020. <Ny frist 31. desember 2020.>

Helse Vest RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

I samråd med dei andre regionale helseføretaka fekk Helse Vest RHF ansvaret for gjennomføringa av denne evalueringsprosessen. Mandat for arbeidet blei godkjent av dei administrerande direktørane (AD) i dei fire RHF-a. Rapporten er utarbeidd og vil bli behandla i interregionalt AD-møte den 15. februar. Det er avklart med Helse- og omsorgsdepartementet at rapporten vil bli oversendt etter endeleg godkjenning av interregionalt AD-møte.

<u>IKT-utvikling og digitalisering</u>

Bedre journal og samhandlingsløsninger

Foretaksmøtet ba om at:

- Helse Midt-Norge tar en lederrolle for helseregionene i arbeidet med standardisert språk, SNOMED CT. Alle de regionale helseforetakene skal bidra i arbeidet i tråd med

avtaler med Direktoratet for e-helse, som leder arbeidet med å etablere felles standardisert språk og kodeverk i helse- og omsorgssektoren. Ved anskaffelser bør de regionale helseforetakene stille krav om bruk av felles språk og kodeverk.

Helse Midt RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Arbeidet med SNOMED CT er blitt gjennomført som planlagt i Helseplattformen. Det har vært utfordringer både knyttet til å få gode oversettelser, harmonisering av språk innad i spesialisthelsetjenesten og med kommunehelsetjenesten. Det har vært krevende å kjøre gode prosesser grunnet koronasituasjonen.
I andre regioner så er det så langt lav aktivitet og i mindre lagt til rette for å implementere det som blir utviklet i HMN. Det forsøkes nå å få til et samarbeid knyttet til kvalitetsregisterområdet, men dette krever god koordinering av alle aktører noe som er krevende å få til fra en region.

- Helse Sør-Øst tar en lederrolle for helseregionene i arbeidet med å tilgjengeliggjøre journaldokumenter mellom virksomheter, regioner og nivåer via kjernejournal. Dette krever samarbeid med øvrige regionale helseforetak, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF. De regionale helseforetakene skal i samarbeid utarbeide en samlet tidsplan for dokumentdeling via kjernejournal og gjøre nødvendige forberedelser for å gjøre journaldokumenter tilgjengelige for helsepersonell og pasienter.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Helse Sør-Øst RHF startet utprøving av deling av journaldokumenter i Kjernejournal fra Oslo universitetssykehus HF i november 2AM020. Det er utarbeidet en felles plan for videre innføring av dokumentdeling i samarbeid mellom de øvrige regionale helseforetakene, Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse. Helse Nord RHF har fulgt raskt etter Helse Sør-Øst RHF og startet sin utprøving i desember 2020.

- Helse Vest tar en lederrolle for helseregionene i arbeidet med å innføre pasientens legemiddelliste, hvor det planlegges utprøving i 2020. Arbeidet krever samarbeid med øvrige regionale helseforetak, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF.

Helse Vest RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Pilotering av pasienten si legemiddelliste (PLL) er eit omfattande prosjekt, som skal piloterast i Bergen. Prosjektet blir leia av Direktoratet for e-Helse og Norsk Helsenett (NHN). Bergen kommune og Helse Bergen HF er sterkt involvert i prosjektet. Prosjektet fylgjer tidsplanen.

- De regionale helseforetakene bistår Direktoratet for e-helse i arbeidet med å utarbeide nasjonale veiledere og retningslinjer for deling av data og dokumenter mellom helsepersonell i helse- og omsorgssektoren.

Helse Nord RHF har sammen med Helse Sør/Øst arbeidet aktivt mot Direktoratet for eHelse i forbindelse med pilotering av dokumentdeling mellom Helseforetak i Helse Nord og Bodø kommune. Tilsvarende samarbeid eksisterer rundt Helse Nords arbeide med datadeling hvor de regionale tiltakene avstemmes og forankres med direktoratet. Erfaringene benyttes til utarbeidelse av nasjonale veiledere og retningslinjer.

Helsedataprogrammet

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- etablere et felles mottaksprosjekt for Helsedataprogrammet i de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Nord.

Helse Nord RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Et mottaksprosjekt for oppdrag knyttet til Helsedataprogrammet ble etablert av RHFenes AD-møte i 2019 og videreført i 2020. Oppdraget er organisert som et interregionalt prosjekt med en prosjektgruppe og en styringsgruppe. Arbeidet ledes av Helse Nord. Rapport for oppdraget i 2020 er behandlet og godkjent i AD-møtet i desember 2020.

- starte innføring av fellesløsninger for kvalitetsregistrene i tråd med de regionale helseforetakenes plan for innføring og gevinstrealisering, og bidra til finansiering av forvaltning og drift av filoverføringstjenesten og av innsyns- og samtykketjenester på helsenorge.no.

Arbeidet med innføring av fellesløsninger er tatt inn i mottaksprosjektet. Fem kvalitetsregistre på MRS-plattformen har i dag ferdigutviklet innsynsløsning, og ett kvalitetsregister OQR-plattformen er i pilot for utvikling av innsynstjeneste. Arbeidet pågår fortsatt.

- bidra til å utvikle organiseringen av Helsedataservice i regi av Helsedataprogrammet med felles saksbehandlingsløsning og søknadstjeneste på Helsedata.no.

Oppdraget har vært inkludert i mottaksprosjektet. De regionale helseforetakene har i 2020 deltatt med fagpersoner med saksbehandlingskompetanse for datautlevering fra medisinske kvalitetsregistre inn i arbeidet med utvikling av felles søknadsskjema og saksbehandlingsløsning.

I tillegg har leder av Nasjonalt servicemiljø i SKDE deltatt i månedlige møter med Helsedataservice sammen med representanter fra FHI, Helsedirektoratet og Kreftregisteret i arbeidet med å klargjøre felles saksbehandlingsløsning, Pega, til bruk for helseregistre.

- etablere felles metadataforvaltning for de nasjonale kvalitetsregistrene under ledelse av Helse Nord og rapportere til nasjonal variabelkatalog.

Helse Nord RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

SKDE har etablert prosjektet «Variabelkatalog og metadatatjenester for nasjonale kvalitetsregistre» som bistår de nasjonale kvalitetsregistrene med gjennomføring av arbeidet med å definere metadata. Ved fullført prosjekt vil de nasjonale kvalitetsregistrene levere metadata i tråd med nasjonal spesifikasjon for metadata til én felles nasjonal metadataportal for helseregistre.

- forberede overføring av data til Helseanalyseplattformen for utvalgte kvalitetsregistre i tråd med framdriftsplan fra Helsedataprogrammet.

Helse Nord RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Helsedataprogrammets framdriftsplan for overføring av data til Helseanalyseplattformen (HAP) har fem faser fram til 2023. Plan for overføring av data fra nasjonale kvalitetsregistre til HAP har fått sin tilslutning i styringsgruppen for RHFenes mottaksprosjekt. En forutsetning for overføring av data til Helseanalyseplattformen er at kvalitetsregistrene har utarbeidet metadata og dataprodukter for standardisert dataoverføring. Dette arbeidet er i prosess (Ref punktet over).

- harmonisere informasjonsmodeller og standarder mellom ulike journalsystemer med sikte på å automatisere datafangst til kvalitetsregistrene og helseregistrene, og bidra i arbeidet med å harmonisere variabler i kvalitetsregistrene og helseregistrene i samarbeid med Direktoratet for e-helse.

Helse Nord RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

Harmonisere informasjonsmodeller og standarder journalsystemer med sikte på å automatisere datafangst til kvalitetsregistrene og helseregistrene skjer i samarbeid mellom Helseplattformen og regionene som bruker DIPS. Dialog med Direktoratet for e-helse om «Felles språk» og SNOMED CT pågår, med utgangspunkt i registre fra FHI og Kreftregisteret. Se også rapportering på oppdrag om strategi for strukturert journal fra foretaksmøte 10. juni 2020.

Arbeidet med å harmonisere variabler i kvalitetsregistre og helseregistre ledes av Direktoratet for e-helse, sammen med representanter fra de sentrale helseregistrene i

FHI og Helsedirektoratet. Utarbeidelse av standard for administrative variabler (kjønn, sivilstatus, utdanning, arbeidsstatus, bostatus og landbakgrunn) pågår.

Flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasienten

- Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene, i samarbeid med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, følger opp oppdraget om å flytte tjenester hjem til pasienten ved hjelp av teknologi.

Helse Nord etablerte i 2020 en felles regional videoløsning hvor pasientene starter videotimer via helsenorge.no. Tjenesten er knyttet til elektroniske timer m/tilhørende timedialog.

Samtidig har Helse Nord deltatt i direktoratenes utredningsarbeid relatert til å flytte tjenester hjem og er i gang med å planlegge den regionale arkitekturen som må på plass.

<u>Økonomiske krav og rammer</u>

Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskredittrammen

- Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2019–2020), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2020, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Styret for Helse Nord RHF budsjetterte med et resultatkrav på 236 millioner kroner i 2020. For å håndtere økte investeringer som følge av pandemien ble resultatkravet økt til 400 millioner kroner. Foretaksgruppens regnskapsresultat er et positivt resultat på 552 millioner kroner.

Foretaksgruppen Helse Nord har følgelig et resultat som er 552 millioner kroner bedre enn resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og 152 millioner kroner bedre enn styrets resultatmål.

Særskilt om økonomiske effekter av virusutbruddet

Vi ber om oversikt over økonomiske effekter knyttet til covid-19 i tråd med etablert felles mal.

De økonomiske effektene for Helse Nord av Covid-19 estimeres grovt til å være følgende:

Økte inntekter 1 117 mill kr:
Basisbevilgning 779 m. kr
Kompensasjon for tapte inntekter mars-mai 258 m. kr
Redusert arbeidsgiveravgift mai-juni 80 m. kr

Reduserte inntekter 530 mill. kr:
Aktivitetsbaserte inntekter 450 m. kr
Andre inntekter 80 m. kr

Merkostnader 700 mill kr:
Investeringer 164 m. kr
Varekostnader 170 m. kr
Økt bemanning 130 m. kr
Økt innleie fra firma 40 m. kr
Økt beredskap luftambulanse 50 m. kr
Andre driftskostnader 140 m. kr

Reduserte kostnader 250 mill. kr:
Tjenestereiser 100 m. kr
Pasientreiser (netto) 50 m. kr
Gjestepasientkostnader 50 m. kr
Utsatte kostnader/prosjekter 50 m. kr

Investeringer og lån
Vi ber om oversikt over investeringer i 2020. Ved større avvik investeringsplaner/prosjekter skal dette meldes inn.

Justert investeringsbudsjett for 2020 var på 2,03 mrd. kroner. Det er gjennomført investeringer i 2020 på 1,46 mrd. kroner inkludert egenkapitalinnskudd i KLP.

Den omfattende byggingen og renoveringen ved Nordlandssykehuset Bodø har vært i siste fase i 2020 hvor fløy B er ferdigstilt i 2020.

Samisk helsepark i Karasjok åpnet i januar 2020. Finnmarkssykehuset Hammerfest og Nye UNN Narvik har hatt byggestart i 2020 og planlegges ferdigstilt i henholdsvis 2024 og 2023.

Sykehusstrukturen på Helgeland ble besluttet av helse- og omsorgsministeren i januar 2020, og arbeidet er i konseptfasen. Planleggingen av nye lokaler for psykisk helse og rus ved UNN Tromsø er i gang, og konspetfasen skal ferdigstilles innen desember 2021.

<u>Øvrige krav</u>
Beredskap og sikkerhet
Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:
- følge opp relevante tiltak fra Legemiddelrapporten og bistå Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk i utredninger som følger av rapporten.

Dette ligger bl.a. til grunn for revisjon av regional beredskapsplan i 2021.

- følge opp nasjonal risiko- og sårbarhetsanalyse fra 2019.

Denne ligger til grunn for revisjon av regional beredskapsplan i 2021.

- delta i planlegging og gjennomføring av Helseøvelsen 2020 (IKT-scenario).

Dette er gjennomført.

- videreutvikle kompetanse og systemer for sikkerhetsstyringen som følge av endringer i trusselbildet, spesielt innen IKT-området.

Helse Nord har styringssystem for informasjonssikkerhet som oppdateres fortløpende. Dette er ikke tilstrekkelig implementert, og dekker foreløpig ikke kravene etter sikkerhetsloven. Fortsatt mangler vi også systemer for deling av gradert informasjon mellom helseforetakene.

- videreutvikle beredskapen i tråd med *Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer*, og implementere *Handlingsplan for et bedre smittevern*.

Det er gjort evalueringer.

Forebygging av angrep mot IKT-systemene

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om:

- i samarbeid med Norsk Helsenett SF/HelseCERT, å inngå samarbeidsavtaler med NSM/NorCERT knyttet til VDI-nettverket.

Det er i 2020 inngått samarbeidsavtaler med NSM/NorCERT knyttet til VDI-nettverket. Det er planlagt 5 sensorer hvorav 3 nå er i produksjon.

- arbeide systematisk med innføring av NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet, HelseCERTs anbefalte sikkerhetstiltak, og relevante deler av nasjonal strategi for digital sikkerhet.

Helse Nord RHF har i forbindelse med tertialrapport 2 fulgt opp arbeidet med å sikre at helseforetakene har handlingsplaner som bidrar til å forebygge og avdekke angrep mot IKT-systemene. I oppfølgingsmøter og i brev til helseforetakene høsten 2020 har Helse Nord RHF tydeliggjort forventningene om at NSMs grunnprinsipper for IKT – sikkerhet med anbefalte tiltak, samt de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet (del 2), som minimum skal legges til grunn for systematisk arbeid og rapportering. I tidligere års oppdragsdokument til helseforetakene (2017) er det stilt krav om å igangsette gjennomføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) og HelseCERTs generelle anbefalte tiltak for beskyttelse mot dataangrep.

Den nasjonale beredskapsøvelsen SNØ 2021

- Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF bistå Direktoratet for strålevern og atomberedskap med planlegging og gjennomføring. Foretaksmøtet ba videre de øvrige regionene sette av ressurser til planlegging, forberedende kompetansehevingstiltak og deltakelse i øvelsen, samt oppfølging og læring etter øvelsen.

Dette arbeidet er igangsatt.

Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene følge opp de siste undersøkelsene foretatt av Riksrevisjonen. Det skal særlig legges vekt på å iverksette tiltak for å redusere bruken av deltid for sykepleiere uten spesialistutdanning og for jordmødre.

Riksrevisjonens *Undersøkelse av helseforetakenes arbeid med å forebygge IKT-angrep mot sine IKT-systemer* er fulgt opp med umiddelbare tiltak hvor 40 av 46 identifiserte svakheter er lukket. Oppfølging og lukking av gjenstående svakheter er ventet å ta to år, og forventes ferdigstilt innen utgangen av 2022. Helseforetakene styrebehandler lokale handlingsplaner innen 1. april 2021. Det vises til krav i OD 2021 til helseforetakene, presiseringer vil fremgå av oppdatert Styringssystem for informasjonssikkerhet som skal styrebehandles innen 30.6.2021. Foretakene rapporterte i T2-20 som følger: **Riksrevisjonens undersøkelse "Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus".** Foretakene, med unntak av UNN, rapporterer at de startet arbeidet med å utarbeide aktuelle handlingsplan. Arbeidet blir utført i samarbeid mellom fagforeningene, HR og fagmiljøene og det er forventet at handlingsplanene blir ferdigstilt i løpet av høsten 2020. Finnmarkssykehuset har allerede satt i verk tiltak å rekruttere og stabilisere de nevnte profesjoner. Grunnet pandemien er kravet ikke fullført, og følgende nye krav er tatt inn i OD2021, krav 71, til foretakene: «Delta i utarbeidelse og implementering av en felles handlingsplan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse "Utfordringer med bemanningen av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i sykehus", under ledelse av Helse Nord RHF».

Øke ideelles andel av spesialisthelsetjenester

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om, innenfor rammene av regelverket for offentlige anskaffelser, å øke ideelles andel av spesialisthelsetjenester over tid og gjøre rede for utviklingen årlig.

Helse Nord RHF har opprettholdt det forholdsmessige omfanget av kjøp fra ideelle. Helse Nord RHF har i 2020/2021 gjennomført kjøp av døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) med en årlig ramme på 153 millioner. Her ble de ideelle virksomhetene tildelt en andel på 63% mot 60% i utgående kontrakter. Av totalt 5 leverandører ble 4 kontrakter tildelt ideelle virksomheter.

- De regionale helseforetakene skal videreutvikle strategier for å øke andelen ideelle, herunder vurdere mulighetene for å stille kvalitetskrav som bedre tar hensyn til leverandørenes særegenheter, for eksempel bruk av frivillige eller likemannsarbeid.

Helse Nord RHF er i prosess med anskaffelse innen spesialisert rehabilitering i tillegg til at det nettopp er gjennomført kjøp av TSB tjenester. Her har dagens leverandører, både ideelle og kommersielle, blitt invitert til å komme med innspill til konkurransen. Dette har skjedd i form av dialogmøter og skriftlige innspill. Kravspesifikasjonen for TSB vektla bl.a. brukermedvirkning og samarbeid med andre i tillegg til at leverandørene i forhandlingene ble bedt om å redegjøre for eventuell bruk av frivillig ressursinnsats i forløpet. Helse Nord RHF har opprettholdt det forholdsmessige omfanget av kjøp fra ideelle i den grad kvaliteten har vært tilstede. Helse Nord RHF vil fortsatt ha dette som hovedstrategi, all den tid markedet er slik som i dag.

Avtalespesialister

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med å utrede hvordan aktivitetsbasert finansiering kan inkluderes i ISF-ordningen. Arbeidet ledes av Helsedirektoratet.

Helse Nord RHF deltar i det interregionale arbeidet sammen med de øvrige RHF-ene med kunnskap og fakta til utredningen av hvordan avtalespesialistene kan inkluderes i ISF-ordningen. Utredningen ventes klar medio 2021.

3.2 Øvrige aktuelle saker i 2020

Her omtales eventuelle krav til rapportering gitt i andre foretaksmøter, sammen med omtale av eventuelle øvrige aktuelle saker.

Krav i revidert Oppdragsdokument 2019:

- De regionale helseforetakene fikk i revidert oppdragsdokument 2019 i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. I forprosjektet skal samiske lærings- og mestringstjenester inngå og brukerrepresentasjon ivaretas.
  De regionale helseforetakene fikk også i oppdrag å gjøre særskilte analyser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for videreutvikling av framskrivingsmodellen for disse tjenesteområdene. Analysen skal også omfatte den samiske befolkningens behov for psykiske helsetjenester.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene:

En interregional arbeidsgruppe har gjennomført forprosjektet i spesialisthelsetjenesten. I forprosjektet er samiske lærings- og mestringstjenester integrert og brukerrepresentasjon ivaretatt. Arbeidsgruppen for forprosjektet i spesialisthelsetjenesten bygger sine anbefalinger på spørreundersøkelse og annet kunnskapsgrunnlag som er utarbeidet. Deloitte leverte analysen av lærings- og mestringstjenesten i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av spørreundersøkelse som ble gjennomført fra juni til oktober 2020. På grunn av pandemien ble arbeidet forsinket et halvt år. Helse Sør-Øst RHF har ledet arbeidet.

Som en del av oppdraget har Helse Sør-Øst RHF også koordinert forprosjektene om lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), om at kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen, har de fire regionale helseforetakene og Helsedirektoratet utarbeidet en felles rapport med sammenstilte funn og anbefalinger, som kan danne grunnlaget for videre arbeid. Rapporten ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2021.

Videreført fra Tilleggsdokument oppdrag og bestilling 2019

5. Oppdrag i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP)

- Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtene i 2016, 2017 og 2018 stilt krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivninger. Dette arbeidet skal videreføres med følgende presiseringer:
  Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell.
  Anslag på sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette vil bl.a.

være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig.
Det skal gjøres særskilte analyser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å videreutvikling framskrivningsmodellen for disse tjenesteområdene. Analysene skal ta utgangspunkt i anbefalinger fra Helsedirektoratet om ansvars- og oppgavefordeling mellom psykisk helsevern og kommunene.
De regionale helseforetakene skal etablere ett felles fagnettverk/kompetansemiljø som utvikler og forvalter disse framskrivningsmodellene. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette nettverket/miljøet.
De regionale helseforetakene skal bistå Helsedirektoratet i en vurdering av hvordan et felles framskrivningsverktøy for helseforetak og kommuner kan etableres med bruk av data fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
Det forutsettes av relevante aktører involveres i arbeidet, og det skal leveres en rapport om arbeidet innen 1. november 2020.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene:

I tråd med oppdragsdokument for 2020 etablerte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe for å samordne kriterier for framskrivningsmodeller innen psykisk helsevern og TSB. Prosjektgruppen består av representanter fra de fire regionale helseforetakene, Sykehusbygg, KS, SKDE, FHI og Universitetet i Oslo. Helsedirektoratet deltar som observatorer. I tillegg er ansatt- og brukerrepresentanter med i prosjektgruppen. Mandatet for prosjektgruppen ble godkjent tidlig i 2020 med en styringsgruppe bestående av blant annet det interregionale fagdirektørmøtet.

På grunn av pandemien og andre forsinkelser i bidrag inn i prosjektet (bl.a. data om kommunal helsetjeneste KPR) har arbeidet i prosjektet ikke hatt den fremdriften som opprinnelig var tiltenkt i henhold til mandatet og prosjektplanen. Det ble i tillegg høsten 2020 behov for å revidere mandatet og arbeidsgruppene slik at KS og den kommunale delen av arbeidet ble bedre representert.

Prosjektet er inndelt i flere deler der undertemaene *Behov og forbruk* (ansvar Helse Sør-Øst), *Sykdomsutvikling* (ansvar FHI) og *Fag og omstilling* (ansvar Helse Nord) er godt i gang og vil levere i løpet av våren 2021. Faggruppen *Kompetanse* (ansvar Helse Vest) er ikke påbegynt da den er avhengig av arbeidet i de andre gruppene.

Krav fra protokoll foretaksmøte 3. januar 2020

Sak 3- oppdrag knyttet til luftambulansetjenesten:

- Det er behov for at spesialisthelsetjenesten i fellesskap iverksetter tiltak for å gjenreise tilliten til luftambulansetjenesten i Nord-Norge, både hos befolkningen og hos helsepersonell. Som ledd i dette er det ønskelig å sette inn et ekstra jetfly i Tromsø og et ambulansehelikopter i Kirkenes gjennom denne vinteren.
  Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å arbeide for å finne en løsning for et ambulansehelikopter stasjonert i Kirkenes gjennom vinteren 2020. Dette skal erstatte Forsvarets helikopter som i dag er stasjonert midlertidig i Kirkenes. Basert på erfaringene fra dette skal Helse Nord RHF vurdere.
  Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å arbeide for å få på plass et ekstra jetfly i Tromsø gjennom vinteren 2020. Dette skal avlaste de flyene som kan dekke kortbanenettet. Et jetfly kan ta lengre oppdrag, spesielt til Svalbard, og vil da sikre at kortbanenettet får en styrket beredskap. Jetflyet i Tromsø kommer i tillegg til det jetflyet som allerede står på Gardermoen.
  Merkostnader knyttet til ekstratiltakene fordeles mellom de regionale helseforetakene etter eierandel.

Helse Nord RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene

I overgangen fra gammel til ny operatør ble det mye medieomtale og mange spørsmål knyttet til omdømmet til ambulanseflytjenesten.

Spesialisthelsetjenesten løste oppdraget med å erstatte Forsvarets Bell ved utvidelse av kontrakten med Norsk Luftambulanse AS. De var operative i Kirkenes fra 15 juli 2020.

Ekstra jetfly stasjonert i Tromsø gjennom vinteren 2020. Avtale ble inngått med AMS Airwing og JoinJet om innleie av jetfly stasjonert i Tromsø fra 1.januar fram til 5. april 2020. De to operatørene fløy 160 timer og 99 pasienter i perioden 1.1.20-5.4.20. Samarbeidet med de to leverandørene fungerte godt. LAT HF har gode avtaler med begge leverandørene som gjør at det raskt kan etableres ny beredskap om behovet oppstår.

Krav fra protokoll foretaksmøte 14. januar 2020

3.8.7 Spesialisthelsetjenester i Vadsø
Foretaksmøtet viste til de særskilte utfordringene knyttet til spredt bosetting og avstander til sykehusene i Finnmark. Dette medfører behov for et godt utviklet desentralisert tjenestetilbud, og det er derfor en klar målsetning om en fortsatt videreutvikling og styrking av dette tilbudet.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF sørge for at Finnmarksykehuset HF nedsetter en arbeidsgruppe med kommunene på Varangerhalvøya og Tana kommune for å utrede

hvilke ytterligere spesialisthelsetjenestetilbud som kan tilbys i Vadsø, herunder røntgen/ultralyd. Utredningen skal gjennomføres innen juni 2020.

Prosjektet ble utsatt grunnet Covid-19. Mandatet sendes nå ut til Vadsø kommune med mål om å komme i gang med prosjektet våren 2021.

- 3.8.8. Utvikle planverk for systematiske samhandlingsøvelser med samtlige beredskaps- og redningsaktører i Longyearbyen og å prioritere å trene eget personell og øve dette planverket ved Longyearbyen sykehus.

UNN Longyearbyen deltar i eget øvingsutvalg i regi av Sysselmannen på Svalbard, med jevnlige møter gjennom året. Disse møtene har vært tonet ned under pandemi-situasjonen. UNN Longyearbyen avventer videre initiativ fra Sysselmannen for møter. UNN Longyearbyen har ellers øvelse med helikopteret hver 5 onsdag. Dette er fysisk øvelse. Ellers har sykehusets personell jevnlig lovpålagt kurs og oppdatering på HLR og AHLR.

Foretaksmøte 17. april 2020

- Overordnede rammer for aktiviteten i 2020 i lys av utbruddet av covid-19, se kapittel 1.

3.6 Luftambulansen – helikopter i Kirkenes

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sørge for at Luftambulansetjenesten HF får på plass et sivilt helikopter i Kirkenes innen 15. juli 2020, til erstatning for Forsvarets Bell-helikopter.

Ivaretatt av tekst i oppdraget av foretaksmøte 3. januar 2020.

Protokoll foretaksmøte 8. mai 2020

Sak 3 Beredskapslager for legemidler

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:
- etablere et beredskapslager for legemidler på nivå 2 for primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder gjennomføre innkjøp, sikre lagerhold og forvalte eierskapet til legemidlene i beredskapslageret. Rammen for innkjøp av legemidler på nivå 2, lagerhold og tilknyttede kostnader er 1 mrd. kroner.

- ivareta innkjøp av råvarer til nasjonal legemiddelproduksjon av kritiske legemidler.
- sørge for at Helse Vest RHF leder arbeidet på vegne av de regionale helseforetakene, som skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk. Strukturer, oppgaver og bidrag fra ulike aktører som er nødvendig for å realisere oppdraget beskrives i et forprosjekt snarest og senest innen tre uker fra foretaksmøte. Det legges til grunn at det sikres en hensiktsmessig involvering av representanter fra kommunene.
- ta sikte på å etablere et slikt beredskapslager innen 15. juli 2020.
- rapportere til departementet på innkjøp, lageroppbygging mv. etter nærmere avtale med departementet.
- avgi en endelig rapport etter at etableringen av beredskapslageret er ferdigstilt.

Helse Vest RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene:

Oppdraget er organisert som et prosjekt ledet av Helse Vest RHF og omhandler etablering av nasjonalt beredskapslager for legemiddel på nivå 2 for både primær- og spesialisthelsetjenesten (B-180). Dette vil gjøre at Norge blir mindre sårbare for mangelsituasjoner. Arbeidet med etablering av nasjonalt legemiddellager B-180 er lagt fram i mer detalj i rapporten «Risikovurdering på nivå/omfang av B180». Rapporten ble levert 10.01.21 som svar på en bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet 4. desember 2020.

Grossistavtale for spesialisthelsetjenesten er inngått med Alliance Healthcare Norge (AHN). Fyllingsgraden er 45 % i antall pakninger per 01.02.2021

Avtale om beredskapslagring for primærhelsetjenesten er ferdigforhandlet med Apotek1, AHN og NMD. Ny avtale trådte i kraft 1.november 2020. Avtalen erstatter tidligere avtale på 50-listen og volum på 50-listen inngår i ny avtale.

AHN har 06.01.21 informert om at de ikke kan signere avtalen i nåværende form. B180-prosjektet og Helsedirektoratet samarbeider om oppfølging av AHN med mål om å få til en signert avtale.

Samlet avtale forvaltes av B180 prosjektet i prosjektperioden.

Foretaksmøte 10. juni 2020

Reviderte krav og oppdrag for 2020

8.2.1 Vurdering av basestrukturen for luftambulansetjenesten, (HSØ RHF), samt ambulanse-helikopter i Kirkenes og jetfly i Tromsø (HN RHF)

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:

- oppdatere rapporten *Gjennomgang av basestruktur for ambulansehelikopter* med ny kunnskap og eventuelle endringer som kan påvirke basestruktur og behov for luftambulansetjenester. Frist for oppdraget er 1. september 2020.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene Oppdraget er gjennomført. Rapporten *Gjennomgang av basestruktur for ambulansehelikopter* ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 4. september 2020, med forbehold om styrebehandling i styrene i de regionale helseforetakene. Styret for Helse Sør-Øst RHF behandlet rapporten 24. september 2020 (jf. styresak 105-2020). Vedtak og merknader fra styrene i de regionale helseforetakene ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 20. oktober 2020.

- legge til rette for stasjonering av et jetfly i Tromsø, om mulig gjennom anskaffelse av et jetfly som norsk bistand for transport av pasienter med "høy-risiko for smitte" under RescEU-programmet. De regionale helseforetakene skal bistå Helsedirektoratet i forhandlingene med EU. Når en avtale ev. er undertegnet, vil det være de regionale helseforetakenes oppgave å etablere og drifte jetflyet i tråd med avtalen, og sikre at dette også inngår i den nasjonale helseberedskapen.
  Se også oppdrag om Drift av ambulansefly i tråd med avtale inngått under rescEU-programmet

Ivaretatt av tekst under til oppdrag gitt 13. november.

8.2.2 Intensivvirksomheten ved Finnmarkssykehuset HF

Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 gjorde følgende anmodningsvedtak :

"Stortinget ber regjeringen definere sykehuset i Kirkenes som intensivvirksomhet nivå 2."

Foretaksmøtet viste til vedtak i styresak 90/2008 i Helse Nord RHF om innføring av nivådeling av intensivavdelingene i regionen. Vedtaket innebar blant annet at Kirkenes sykehus skulle ha intensivvirksomhet på det som Helse Nord RHF har definert som nivå 1. Foretaksmøtet viste til at beslutningen fra 2008 om at sykehuset skulle nedjustere intensivvirksomheten, i praksis ikke har blitt gjennomført. Kirkenes sykehus har på grunn av avstand og klimatiske forhold i praksis tilrettelagt for å kunne utføre respiratorbehandling i flere døgn i påvente av transport eller at respiratorbehandling avsluttes fordi pasienten ikke lenger har behov respiratorstøttende behandling. Helse Nord RHF har oppgitt at de vil gjøre en ny vurdering av intensivtilbudet ved Kirkenes sykehus, for å sikre at klinikken har ressurser og kompetanse til å behandle respiratorpasienter som ikke kan sendes videre. Arbeidet er ikke avsluttet, noe som blant annet må sees i sammenheng med virusutbruddet. Helse Nord RHF blir nå bedt om å gjennomføre vurderingen innen 1. november.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF innen 1. november 2020 vurdere vedtaket i styresak 90/2008 på nytt på bakgrunn av erfaringer gjort siden den gang og på bakgrunn av Stortingets anmodningsvedtak.

UNN og Finnmarkssykehuset har deltatt i arbeidet. Oppdraget ble levert innen utsatt frist 1. november.

8.4 IKT-utvikling og digitalisering

- utarbeide en felles strategi for strukturert journal, herunder anbefaling om nivå på strukturering, bruk av felles standardisert språk og prioriterte fagområder. Helse Midt-Norge RHF bes lede arbeidet.

Helse Midt-Norge RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene Arbeidet er påstartet under ledelse av Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med øvrige regioner. Helse Midt Norge har gjennom arbeidet med Helseplattformen kommet langt i gjennomføring av strukturert pasientjournal. Det jobbes for alle kliniske fagområder med å definere strukturerte variabler med tilhørende kodeverk og terminologi, dette inkluderer også SNOMED. Helse Midt-Norge vil i løpet av 2021 vil ha en første versjon av en definisjon og beskrivelse av en strukturert journal. Kunnskapen om dette deles fortløpende med de andre regionene, Direktoratet for ehelse, registeraktører og andre som benytter strukturerte data. Modellen og kunnskapen om strukturert journal er godt dokumentert og vil kunne gjenbrukes f.eks. i arbeidet med DIPS arena og kvalitetsregister etter hvert som det settes i gang aktiviteter hos de andre aktørene for å realisere dette. Det er i første omgang satt i gang et felles interregionalt arbeid for å se på arketypearbeidet og harmonisering av kvalitetsregistre mot strukturert journal.

8.4 IKT-utvikling og digitalisering

- Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide om innføring av DIPS Arena og kurveløsninger. Helse Sør-Øst RHF bes lede arbeidet. Det skal legges til grunn et tidsløp for arbeidet med journalløsninger som muliggjør samhandling mellom helseforetakene og kommunene.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene:

Det er etablert et tett og forpliktende samarbeid mellom de regionael helseforetakene på flere nivåer:
- Mellom IKT-ledelse for oppfølging av leverandør og kvalitetssikring av produkt
- På prosjektnivå for planlegging av innføring, gjenbruk av planverk og maler
- På utforming av opplæringsmateriell

Innføring av DIPS Arena var planlagt å starte fra våren 2020 i Hese Vest, men dette er nå utsatt grunnet pandemien. I foretaksmøteprotokoll av 14. januar 2021 er det gitt føringer for innføring av DIPS Arena og kurveløsninger med rapporteringsfrist 15. september 2021. Dette vil bli fulgt opp av de regionale helseforetakene i fellesskap.

8.5 Beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien

Det vil bli lagt fram en beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien. Beredskapsplanen er nasjonal, men skal som beslutningsverktøy også kunne anvendes lokalt og regionalt for å sikre riktige tiltak på rett nivå og til rett tid. I beredskapsplanen inngår en omtale av ansvarsforhold og beslutningsnivå, overvåking av smittesituasjonen samt aktuelle tiltak.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med å følge opp beredskapsplanen for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien.

Dette er fulgt opp kontinuerlig i håndteringen av Covid-19. Tiltak inngår i risikovurdering og regional operativ beredskapsplan under pandemien. Forsyning av smittevernutstyr er tilfredsstillende og stabil, mens det er et pågående arbeid med oppfølging av TISK-strategien (Testing-Isolering-Smittesporing-Karantene)

Protokoll foretaksmøte 13. november 2020
Sak 3 Beredskapslager for smittevernutstyr.

- De regionale helseforetakene skal ta ansvar for anskaffelse av utstyr til og midlertidig drift av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Det forutsettes at det operative ansvaret ivaretas av Helse Sør-Øst RHF og Sykehusinnkjøp HF.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene:

Dette oppdraget følges opp av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF. Oppbygning av nasjonalt lager av smittevernutstyr for 6 måneders normalforbruk går etter planen.

Sak 4 Legemiddelberedskap

- De regionale helseforetakene skal ferdigstille beredskapslager for legemidler til nivå 2 innen 1. mai 2021, samt ved behov ivareta innkjøp og lagerhold av råvarer for enkelte særskilt forsyningskritiske legemidler. Videre skal de regionale helseforetakene bistå Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk i videre utredninger samt forberedende arbeid for et permanent beredskapslager for legemidler.

Se rapportering over, ledes av Helse vest RHF
(Protokoll foretaksmøte 8. mai 2020)

Sak 5 Drift av ambulansefly i tråd med avtale inngått under rescEU-programmet

- Inngå en operatøravtale for drift av et ambulansefly med tilhørende medisinsk utrustning og materiell som kan stå i beredskap for transport av pasienter med høyrisiko-smitte under rescEU-programmet.
- Etablere en vaktordning for medisinsk besetning for EU-oppdrag og bruke det nasjonale kompetansemiljøet for CBRNE-beredskap til å utvikle ordningen. Besetningen skal sikres nødvendig opplæring og trening, og det skal vurderes å etablere et interregionalt samarbeid om medisinske og operative prosedyrer knyttet til oppdrag for EU.
- I samarbeid med Helsedirektoratet etablere et rammeverk og rutiner som sikrer oppfølging av krav i avtalen med EU, samt nødvendig dokumentasjon og rapportering på kravene. Herunder skal det utarbeides system for registrering og refusjon av faste kostnader og kostnader knyttet til oppdrag utført for EU.
- legge til rette for at denne flyressursen kan inngå i den nasjonale luftambulansetjenesten når den ikke er på EU-oppdrag, herunder sørge for medisinsk bemanning, jf. også krav i foretaksmøte 10. juni 2020.
- utarbeide prinsipper for å fordele kostnadene knyttet til nasjonal bruk av flyet.

Helse Nord RHF rapporterer på vegne av de regionale helseforetakene:
De regionale helseforetakene ble bedt om å etablere et ambulansefly for transport av pasienter med alvorlig smittsomme sykdommer, i henhold til Grant Agreement spesifikasjoner med EU. Helsedirektoratet er norske myndigheters avtalepart og rapporterer til EU slik avtalen beskriver. Tradisjonelle prosjektoppgaver som økonomistyring, planverk, fremdrift, risikovurderinger og annet ligger til

prosjektledelsen. Helse Nord RHF koordinerer oppdraget på vegne av regionene. Det er satt opp et prosjekt med ulike oppgaver for å løse oppdraget.

Helse Nord RHF tilsetter en prosjektdirektør som får et overordnet ansvar for å koordinere de underliggende delprosjektene og rapportering til Helsedirektoratet. Delprosjektene rapporterer til prosjektdirektør. Prosjektdirektør rapporterer status til styringsgruppen som tar stilling til fremdrift og eventuelle risikoer før saker fremlegges eierne. En mer spesifikk detaljering av innhold og oppgaver i de ulike delprosjektene spesifiseres i egne prosjektdirektiver og mandater.

Kort status for Delprosjekt 1 Anskaffelse av fly er: Luftambulansetjenesten HF (LAT HF) fikk i foretaksmøte 14 desember i oppdrag å lede et prosjekt for å anskaffe ambulanseflyressurs i tråd med avtale inngått mellom Helsedirektoratet og RescEU-programmet. Det er lagt ut en intensjonskunngjøring for å kunne utvide kontrakten med BSAA, forutsatt at det ikke kommer innsigelser.

4. Styrets plandokument

Denne delen av meldingen skal vise utviklingstrender innen demografi, medisin, infrastruktur mv. som vil kunne få betydning for helseforetaket og "sørge for"-ansvaret. Omtalen skal anskueliggjøre fremtidens behov og beskrive styrets planer for å møte disse utfordringene.

Det legges det opp til at det her kan henvises til andre dokumenter som økonomisk langtidsplan, strategidokumenter, regional utviklingsplan mv., som legges ved årlig melding.

Regional Utviklingsplan 2035 ble behandlet og vedtatt i styret i desember 2018 (sak 158-2018).

Planen beskriver prioriterte områder:

- Pasientens helsetjeneste
- Kvalitet i pasientbehandlingen
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkning
- Bemanning og kompetanse
- Forskning og innovasjon
- Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling
- Teknologi
- Bygg og kapasitet

De prioriterte områdene er under konkretisering, og er fulgt opp i ledermøter i 2020 med prioritering og tiltak.

Regional Utviklingsplan 2035 koordineres med *Økonomisk langtidsplan for Helse Nord* som beskriver de økonomiske planene for foretaksgruppen i et fireårsperspektiv. Planen inneholder også investeringsplanen, som har åtteårsperspektiv.

Utfordringsbildet er også behandlet i Ledelsens gjennomgang 2020 (styresak 11-2021).

Fremtidsutsikter
Utfordringsbildet for regionen er beskrevet i Helse Nord RHF Strategi 2021-2024:

- Vi blir flere og eldre, og færre til å hjelpe – behov for spesialisthelsetjenester øker, samtidig som rekruttering allerede er en stor utfordring.
- Flere trenger behandling lenger – endring av behov med vridning mot kronikergruppen, demens, kols og psykisk helse.
- Teknologi – økte muligheter og økte kostnader – behovet for omstilling, kompetansebygging og økonomisk handlingsrom.
- Pasienten forventer mer – kvalitet og valgfrihet.
- Det store utfordringsbildet – beredskap og sikkerhet.

For å nå overordnede mål om kortere ventetider og ingen fristbrudd, prioritere psykisk helsevern og TSB, samt økt kvalitet og pasientsikkerhet, kreves langsiktig fokus, omstillingsevne, vilje til prioritering, god risikohåndtering og godt lagspill.

Det vises til vedleggene

- *Regional utviklingsplan 2035*
- *Økonomisk langtidsplan 2021-2024 – inkl. rullering av investeringsplan 2021-2028*
- *Styresak 11-2021 Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2020*
- Styresak 10- 2021 Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

5. Uttalelse fra Konserntillitsvalgte og Konsernverneombud til årlig melding Helse Nord

Konserntillitsvalgte (KTV) og Konsernverneombud (KVO) gir sin tilslutning til hovedkonklusjonene i Årlig melding.

KTV/KVO har deltatt aktivt i, og blitt hørt i utviklingen av Helse Nord RHFs nye strategi (2021-2024) og står bak og støtter strategien slik den er vedtatt av styret i Helse Nord RHF. KTV/KVO er fornøyd med at begrepet «lagspill» er tatt med i strategien på linje med de øvrige verdiene kvalitet, trygghet og respekt og ser fram til å videreutvikle samarbeidet med ledelsen i Helse Nord. Helse Nords nye visjon er «Sammen om helse i nord».

Samarbeidet mellom KTV/KVO og ledelsen i Helse Nord har i 2020 vært godt, men preget av pandemien. Vi har merket at medvirkning ikke er noe som kommer av seg selv - behovet for samarbeid, involvering og medvirkning øker i krisesituasjoner og rammene må kontinuerlig utvikles og opprettholdes. Forutsetningene og behovet for medvirkning i krisesituasjoner må beskrives i beredskapsplaner og rutiner på en mye bedre måte enn det som er tilfelle per i dag. Kultur, lederkompetanse, arbeidsmiljø og samarbeid bygges/sås i fredstid og høstes i krisetid – det er viktig at vi tar vare på læringspunkter og bygger videre på dem når pandemien er over.

Ansatte og ledere har lagt ned en formidabel innsats i året som har gått, men på tross av det har pandemien synliggjort klare begrensninger i måten spesialisthelsetjenesten er organisert og finansiert på. Mange år med stramme budsjetter i sykehusene har medført svekket evne til å håndtere de lovpålagte oppgavene foretakene har ansvar for, og gjør det særlig vanskelig å håndtere merbelastninger og uforutsette hendelser.

Det positive økonomiske resultatet i foretaksgruppen var stort i 2020. De stramme rammene ansatte ute i klinikkene opplever samsvarer ikke med dette resultatet. Dette skyldes blant annet redusert reisevirksomhet og et lønnsoppgjør, som ifølge Teknisk beregningsutvalg, resulterte i at ansatte i Spekter helse kom svært dårlig ut.

Kvalitet

Fra 2018 til 2019 økte gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder. I Årlig melding for 2019 erkjente Helse Nord RHF vedvarende risiko i foretaksgruppen rundt uønsket variasjon i kvalitet i flere alvorlige pasientforløp. KTV/KVO vil fremheve at det er viktig å anerkjenne at uheldige resultater for 2020 ikke alene kan tilskrives pandemien, men må ses i en sammenheng, og i lys av en utvikling over tid.

Gjennomsnittlig ventetid har fortsatt økningen i 2020 og etterslepet er stort. Mange av tiltakene som er satt i verk i foretakene, som for eksempel utvidet åpningstid og kvelds- og lørdagspoliklinikk er tiltak som vil legge ytterligere press på en allerede presset arbeidsstokk.

KTV/KVO er bekymret for utviklingen innen psykisk helsevern. Helse Nord rapporterer at det har vært en klar økning i antall henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge høsten 2020 og flere av foretakene melder at den ekstraordinære situasjonen som pandemien representerer har negativ påvirkning på manges psykiske helse. KTV/KVO er bekymret for hvordan dette vil påvirke en allerede sårbar bemanningssituasjon i psykisk helsevern.

KTV/KVO ønsker å påpeke at vi i regionen har et stykke å gå når det gjelder arbeidsvilkår for tillitsvalgte og verneombud. Hovedavtalen og arbeidsmiljøloven slår fast at man som tillitsvalgt/verneombud skal ha den tiden man trenger for å utføre vervet, men dette gjenspeiles ikke i mengden frikjøp tillitsvalgte/verneombud har i helseforetakene. Dette medfører mangelfull forankring blant tillitsvalgte, medlemmer og ansatte, og begrenser muligheten for samarbeid mellom fagforeninger i foretakene og mellom ledelse og ansatte.

Rekruttering, stabilisering og arbeidsmiljø
Pandemien har satt et sterkt press på en allerede anstrengt og sårbar drifts- og bemanningssituasjon i regionen. Ivaretakelse av personell, sikkerhet for ansatte og arbeidsmiljø er temaer som har krevd særskilt oppmerksomhet i året som har gått. KTV/KVO er glade for at arbeidet med Helse Nords nye strategi i stor grad har vektlagt betydningen av et godt og helsefremmende arbeidsmiljø, ikke bare av hensyn til rekruttering og stabilisering, men også i stor grad knytter arbeidsmiljø til kvalitet i behandlingen og pasientsikkerhet. Dette stiller særlige krav til ledere og ansatte i regionen og legger føringer for blant annet forbedringsarbeid og lederutvikling.

Det siste året har det i regionen vært jobbet med å få på plass rammene for Bransjeprogrammet. Samarbeidet mellom leder, tillitsvalgt og verneombud er avgjørende for å kunne innfri bransjeprogrammets formål. Derfor er det positivt slik KTV/KVO erfarer gjennom det siste året at vi har etablert regionale grupper som baserer seg på erfaringsutveksling med både tillitsvalgt, verneombud og ledere. KTV/KVO mener at bransjeprogrammet gjennom trepartssamarbeid kan bidra til å belyse utfordringene slik at man sammen kan løse dem på en god måte.

Ser vi for eksempel på utviklingen av sykefraværet som har vært mellom perioden januar til november 2020 så er vi ikke innenfor styringsmålet på 7,5%. Det er store usikkerhetsmomenter knyttet til tallene for sykefravær 2020. Det store antallet ansatte som har vært på hjemmekontor gjør at det er vanskelig å si om sykefraværet er riktig rapportert.

Pandemien har ført til store endringer i arbeidssituasjonen til mange av de ansatte – også blant de ansatte som ikke står i frontlinja og jobber med pandemien. KTV/KVO vil fremheve viktigheten av å være oppmerksom på hvilke konsekvenser det vil ha på arbeidsmiljøet med for eksempel utstrakt bruk av hjemmekontor og signifikant økning i bruk av digitale verktøy. ForBedringsundersøkelsen ble variabelt fulgt opp i 2020 på tross av klare advarsler fra KTV/KVO og det er særlig viktig å sørge for at denne følges ekstra godt opp i 2021. Det må også tillates, og legges til rette for, forskning på arbeidsliv og arbeidsmiljø for å sikre at vi kan ta med oss viktige læringspunkter videre.

Nybygg
Nybygg er en kilde til uenighet og konflikt i alle regioner. I Helse Nord er flere byggeprosjekter i gang/planlagt og KTV/KVO mener dette stiller særlige krav til evalueringer av ferdigstilte bygg for kontinuerlig læring. Evaluering av nye Kirkenes sykehus ble igangsatt i 2020 uten involvering eller medvirkning fra tillitsvalgte eller verneombud på foretaks- eller konsernnivå. KTV/KVO mener dette i vesentlig grad svekker tilliten til og verdien av evalueringen. For fremtiden må det sikres medvirkning i alle faser av evalueringer (planlegging/utforming/gjennomføring/analyser).

Vedlegg til styresak Årlig melding 2020 for Helse Nord RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Orientering til styret i Helse Nord RHF om styringskrav fra Helse Nord RHF til HF-ene som ikke rapporteres til HOD

1 Innledning *3*
3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder *4*
3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning *8*
3.2 Somatikk Fag SOLA og Eier HR *8*
3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester Eier Ekst HT *10*
4.1 Kvalitetsutvikling *10*
4.3 Pasientsikkerhet *12*
4.4 Smittevern *12*
4.5 Personvern og informasjonssikkerhet *13*
4.8 Beredskap Beredskap *14*
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten Fag SOLA *15*
7.1 Sikre gode arbeidsforhold Eier HR *16*
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell Eier HR *16*
7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS) Eier HR *18*
8.0 Forskning og innovasjon KvaFor forskning *19*
9.2 Anskaffelsesområdet Eier innkjøp *20*
10.0 Teknologi Eier IKT *22*
11.0 Bygg og kapasitet *23*

1 Innledning

Mal for helseforetakenes årlige melding for 2020 til Helse Nord RHF. Nummereringen på kravene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

Forkortelser i tabellene:

OD HOD	-	Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet
RHF	-	Helse Nord RHF
FTP HOD	-	Foretaksprotokoll Helse- og omsorgsdepartementet
FIN	-	Finnmarkssykehuset HF
UNN	-	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
NLSH	-	Nordlandssykehuset HF
HSYK	-	Helgelandssykehuset HF
SANO	-	Sykehusapotek Nord HF
HNIKT	-	Helse Nord IKT HF

Oversikt over frister:

Rapportering	**Frister**
Årlig melding	**Administrativt** behandlet Årlig melding: 5. februar 2021. **Styrebehandlet** Årlig melding (styrevedtak): Mars 2021.

3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Kilde	Nr	Kravtekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens
RHF	1	Pasientene må gis god informasjon om kontaktlegeordningen. Registrere andel pasienter som får kontaktlege innen fagområder hvor behovet for kontaktlege er særlig stort, for eksempel kreft og habilitering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Ved Nordlandssykehuset får kreftpasienter ved enhet for kreft og lindrende behandling tildelt kontaktlege. Det samme gjelder barn med kroniske sykdommer, nyretransplanterte og dialysepasienter, pasienter med degenerative nevrologiske sykdommer, revmatologiske sykdommer og KOLS. Ved UNN er fagområder og pasientgrupper aktuelle for kontaktlegeordningen identifisert, og mange får oppnevnt kontaktlege. Det gjenstår imidlertid et mer systematisk arbeid for å registrere andel pasienter som har fått kontaktlege, og dette arbeidet vil fortsette i 2021. Ved Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset gis det informasjon om ordningen, men det er variasjon i hvor stor grad pasienter tildeles kontaktlege. Selv om det ligger til rette for å registrere tildelt kontaktlege i Dips, er gode rutiner for systematisk registrering ikke godt nok innarbeidet. Derfor er registreringen mangelfull i alle foretakene. I løpet av vinteren 2021 vil det bli lagt ut mer tilgjengelig informasjon om kontaktlegeordningen på nettsidene våre.			

RHF	2	Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i involvering og opplæring av voksne pårørende.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Ved UNN gjennomføres flere tiltak som skal bidra til økt kompetanse blant helsepersonell i opplæringssituasjoner bla. kurs i samvalg og helsepedagogikk, og *Fire gode vaner.* Ved lærings- og mestringssenteret Nordlandssykehuset er det gjennomført undervisning og veiledning til både studenter og fagpersoner innen helsepedagogikk; totalt 43 ulike oppdrag i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Helgelandssykehuset har prioritert kompetansehevende tiltak knyttet til barn som pårørende, og har ikke utarbeidet kompetansehevende tiltak for involvering og opplæring av voksne pårørende i 2020. Dette vil bli gjort i 2021. Finnmarkssykehuset har pga. pandemien utsatt arbeidet med dette til 2021.				

RHF	3	Gjennomføre tiltak med mål om å styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding

Arbeidet er forsinket på grunn av koronapandemien. Helseforetakene skal jobbe videre med å igangsette tiltak for å styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse i 2021, dette i henhold til strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.* Selv om at det er forsinkelser med arbeidet er det utført oversettelse av nettside, diverse materiell og brosjyrer til bruk i arbeidet med barn som pårørende til nord-, sør- og lulesamisk. Det er også utført utsmykninger med samiske navn og motiver i enkelte avdelinger i helseforetakene. Sámi klinihkka har utviklet og ferdigstilt et e-læringsprogram i samisk språk og kultur, som nå er tilgjengelig for videre distribusjon.

RHF	4	Utvikle rutiner for gode overganger fra barn til voksen i sykehus innenfor minst tre fagområder. Ungdomsrådene skal involveres i dette arbeidet. «Prinsipper for gode overganger» utviklet av ungdomsrådene i Helse Nord, bør tas hensyn til i utarbeidelsen av rutinene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding

UNN har utarbeidet retningslinjer for å sikre gode overganger fra barn til voksen, (Docmap RL 9091), som har vært på høring i klinikker og ungdomsrådet. Det gjennomføres overføringsmøter innen revmatologi, diabetes og habilitering. Ungdomsrådet har ikke vært involvert i arbeidet med overgangene i de ulike fagområdene ennå og det er ikke utarbeidet skriftlige prosedyrer innen hvert område, men disse er under utvikling.

Ved Nordlandssykehuset har en arbeidsgruppe med deltakere fra Psykisk helse og rus (PHR) - klinikken og ungdomsrådet jobbet med overgang fra barn til voksen innenfor psykiatri, BUP og TSB. Siste møte i gruppen er lagt til 20. januar 2021. Deretter blir det høring og gjennomgang i ledergruppen i PHR- klinikken før rutinene kan implementeres..

Barneklinikken jobber med rutiner for overganger fra barne- til voksenavdeling på mange områder. Revma-prosjektet tok utgangspunkt i prinsippene for gode overganger under utarbeidelse av HEADS-ungdomsanamnesen. Modellen som ble utarbeidet, og erfaringer fra revmaprosjektet, brukes nå i arbeidet med transisjon innenfor flere fagområder i somatikken. Det er samarbeid og dialog med ungdomsrådet i utviklingen av tilbudet til ungdom. Det gjenstår fortsatt mye arbeid som avhenger av samarbeid innenfor voksenmedisin og tilgang til tverrfaglige behandlingsteam på tvers av klinikkene.

Ved Helgelandssykehuset har Senter for psykisk helse på Mo jobbet aktivt med å sikre gode overganger mellom poliklinikkene for barn og ungdom og voksen. Det er etablert faste møtepunkter mellom poliklinikkene. I enhet for psykisk helse og rus vil erfaringer fra arbeidet i Mo i Rana breddes ut i hele helseforetaket.
Det har foreløpig ikke lyktes i å etablere ungdomsråd i HSYK, og det har derfor ikke vært systematisk ungdomsmedvirkning eller systematisk bruk av *Prinsipper for gode overganger*. Etablering av ungdomsråd vil være et tiltak i 2021.

I Finnmarkssykehuset er poliklinikkene innen psykisk helsevern for barn/unge og voksne samlokalisert. Dette gir gode fysiske rammer for samarbeid og for å skape gode overganger. Å sikre gode overganger er nedfelt i prosedyrer og følges opp i den kliniske driften. Innen habilitering er det laget gode prosedyrer for overføring fra barne- til voksenhabilitering. Det har vært dialogmøte med ungdomsrådet angående rutiner for gode overganger.
Ved klinikk Hammerfest pågår et arbeid for å lage gode overganger innen diabetes.

RHF	5	Ta i bruk samvalgsverktøyene som er publisert på helsenorge.no i klinisk praksis. UNN skal lede arbeidet med å utvikle en mal for evaluering av samvalgsverktøy i samarbeid med de andre helseforetakene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding

Oversikt over bruk av samvalgsverktøyene viser at det er variasjon i bruk, både mellom foretakene og mellom verktøyene.

Samvalgssenteret ved UNN har vært sentral i utviklingen av samvalgsverktøyene. Verktøyene er tatt i bruk i relevante avdelinger ved UNN, og utvikling og bruk av verktøyene fortsetter i samvalgssenteret og i de aktuelle fagområdene. I 2020 er ulike metoder for evaluering testet ut, og med utgangspunkt i erfaringene videreføres arbeidet i 2021.

Ved Nordlandsykehuset er det gjennomført workshop i samarbeid med samvalgssenteret ved UNN, hvor brukerutvalget og ungdomsrådet deltok. Målsettingen var å gi innspill til utvikling av arbeidet med samvalg, med vekt på hvordan Ungdomsrådet og Brukerutvalget kan være viktige pådrivere. Samvalg har også vært tema i klinikksjefenes ledergruppemøte, hvor samvalgssenteret presenterte sitt arbeid og delte erfaringer fra UNN.
Innen psykisk helse og rus er det utviklet et samvalgsverktøy for psykoser. Selv om samvalgsverktøyet brukes lite, har samvalg som metode blitt brukt i flere år. Bruk av samvalg følger nå også direkte av pakkeforløpene og endringene i Lov om psykisk helsevern. Det har vært jobbet systematisk med samvalg, hvor samvalg har vært fast tema på familiesamlinger og pårørendedager, samt i Regionalt fagnettverk for psykoser (REFP). REFP har også laget en egen film som viser ulike valg og tilnærminger som er mulige.
Av de 12 samvalgsverktøyene som finnes innen somatikk er det bare verktøyet for sykelig overvekt som er tatt i bruk. Samvalg som metode er mer integrert. Årsaker til at verktøyene ikke brukes er at de er lite kjent for fagmiljøet.

I Helgelandssykehuset var dette tema i utvidet ledermøte i desember 2020, hvor alle enhetsledere og områdesjefer samt medisinsk direktør og senter for samhandling deltok. Samvalgssenteret ved UNN presenterte samvalg og implementering av samvalg. Samvalg ved Helgelandssykehuset er planlagt som ledermøtesak og implementeringen vil bli iverksatt i løpet av våren 2021.

Finnmarkssykehuset har foreløpig ikke tatt i bruk samvalgsverktøyene, men tema har vært tatt opp på ledermøtet i klinikk Hammerfest, og arbeidet med å implementere bruk av verktøyene vil fortsette i 2021.
Samvalgsverktøyene er ikke oversatt til samisk, og Finnmarkssykehuset vil derfor arbeidet for at dette blir gjort.

RHF	8	Vurdere utvikling i bruk av behandlingshjelpemidler for å korrigere uønsket variasjon og definere ønsket utvikling med økt hjemmebehandling. Vurdere behov for kompetanse og eventuelle organisatoriske endringer.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding

Ved UNN er det betydelig økt aktivitet de siste årene, både i antall utstyrsenheter og forbruksmateriell, noe som har medført stor økning i driftskostnader og økt behov for personellressurser. Hjemmebaserte tjenester utvikles raskt og stiller nye krav til installasjon, opplæring og vedlikehold av behandlingsutstyr og analyseutstyr, ettersom dette skal plasseres ut

i hjemmene til pasienter i landsdelen. Seksjonen registrerer alt behandlingsutstyr i eget system (medusa BHM modul) i henhold til krav i håndteringsforskriften. En naturlig videreutvikling av seksjonen er å ta større del i den behandlingen som foregår desentralisert og i hjemmet. Økt antall pasienter som behandles hjemme, ny teknologi og mer avstandsoppfølging gjør det nødvendig med en utredning på regionalt nivå for hvordan behandlingshjelpemidler skal være organisert og finansiert i fremtiden. Nordlandssykehuset har pga. pandemien ikke hatt kapasitet til å igangsette dette arbeidet. Helgelandssykehuset har gjennomført omfattende organisatoriske endringer siste tre år, jf. tertialrapporter 1. og 2. tertial 2020. Det er ikke gjennomført vurdering av uønsket variasjon eller definert ønsket utvikling med økt hjemmebehandling. I Finnmarkssykehuset er utlån av behandlingshjelpemidler omtrent på linje med sammenlignbare foretak og foretaksgruppen i Helse Nord. Kostnadene er lavere sammenlignet med andre foretak. Det er gjort en vurdering av dagens organisering av behandlingshjelpemidler i Finnmarkssykehuset, og konklusjonen våren 2020 er at dagens organisasjon er hensiktsmessig ut fra dagens behov.

RHF	15	Utarbeide en plan for å innføre ParkinsonNet innen utgangen av året, med sikte på innføring innen 30. juni 2021.	UNN, NLSH	Årlig melding
Nasjonal plan er utarbeidet og vedtas i februar/mars 2021. Regional planlegging starter vinteren 2021, med plan om implementering av to fagnettverk i regionen; henholdsvis høst 2021 og vinter 2022.				

RHF	16	Planlegge oppstart av legemiddelleveranser til Helgelands-sykehuset.	SANO, HSYK	Årlig melding
Planleggingsprosjekt er gjennomført og planlagt oppstart av legemiddelleveranser er 16. februar 2021.				

RHF	17	Utvikle mal for å evaluere bruk av samvalgsverktøy i samarbeid med de andre helseforetakene.	UNN	Årlig melding
UNN har pilotert ulike metoder for evaluering av bruk av samvalgsverktøy. Erfaringene tas med inn i det interregionale arbeidet for koordinering av samvalg.				

FTP	18	Utvikle en informasjonsstrategi for å formidle hvilke tjenester som ytes til befolkningen og tilreisende ved Longyearbyen sykehus, herunder også betalingsordningene for de ulike tjenestemottakerne innen 31.12.2021.	UNN	Årlig melding
Dette kravet ble utsatt til 2022, jf. revisjon av oppdragsdokumentet 2021.				

3.1 Sikre god pasient- og brukermedvirkning

RHF	1	Minimum 100 nye behandlingsbeskrivelser skal publiseres på foretakets nettside.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport og Årlig melding
Målet ble nådd for alle fire sykehusforetak, og dermed øker omfanget av å tilby digital pasientinformasjon om utredning og behandling. Digital pasientinformasjon forventes av pasienter og pårørende, og må være på plass for å kunne sende ut digitale pasientbrev via helsenorge.no.				

3.2 Somatikk

RHF	2	Innføre pakkeforløp for hjerneslag del 2.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Pakkeforløp for hjerneslag del 2 omfatter tiden etter det akutte forløp, og har en rekke målepunkter knyttet til rehabilitering og oppfølging. Registrering gjøres i Norsk hjerneslagsregister, og det er anbefalt å gjøre registreringer fortløpende, slik at resultatene kan brukes til kontinuerlige forbedringer lokalt. Resultatene viser at det er forsinket registrering i hele pakkeforløpet, og det er foreløpig ikke mulig å ta ut representative data. Det er planlagt et nasjonalt arbeid i 2021 for å støtte opp om implementeringen av del 2 av pakkeforløpet. UNN har fulgt opp pakkeforløpet så langt det har vært mulig med de begrensninger pandemien har medført. Ved Nordlandssykehuset har det vært utfordringer med gjennomføring av «Tidlig støttet utskriving» og «2- og 3-måneders kontroller» på de ulike lokasjonene i NLSH. Helgelandssykehuset rapporterer at nasjonale retningslinjer og sjekklister følges, med innrapportering til Norsk hjerneslagsregister. Finnmarkssykehuset har startet prosessen med å implementere del 2 men er enda ikke helt i mål.				

RHF	3	Registrere fødselsnummer på alle nyfødte før utskrivelse.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Det er fortsatt utfordringer med å få registrert fødselsnummer i pasientjournalen før utskrivelse. Barnet tildeles fødselsnummer fra skatteetaten 12-72 timer etter fødsel. Fødselsnummer meldes automatisk til sykehuset og til foreldrene, men registreres ikke automatisk i Dips mer enn 1 gang/uke. Derfor blir fødselsnummer registrert manuelt, noe som kan utgjøre en risiko for pasientsikkerheten. Det finnes løsning for at automatisk registrering i Dips kan skje oftere, og dette vil bli fulgt opp i 2021.				

RHF	4	Forberede innføring av screening for tarmkreft i henhold til føringer i regionalt prosjekt.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding

Helseforetakene deltar i regionalt innføringsprosjekt. Helse Nord følger nasjonal plan for utrulling av screening for tarmkreft. Ifølge denne skal de første screeningsdeltakere få tilbud om screening med avføringsprøver i august 2022. Deretter vil andel screening med primær koloskopi gradvis økes over flere år. Rekruttering av klinisk personell anses som den største utfordringen i regionen. Oppgradering og anskaffelse av egnet ikt-verktøy er en annen utfordring som det jobbes med i vedtatt delprosjekt.

Kreftregisteret har utarbeidet en kvalitetsmanual med *Krav og anbefalinger til screeningsenter for tarmkreft,* og Nordlandssykehuset oppfyller per i dag ikke alle krav. Det er behov for økte personellressurser; anslått til en overlegestilling samt sykepleier og helsesekretær. I tillegg vil ressursbehovet øke ved patologisk avdeling.
Det er også behov for egnede lokaler for overvåkning av pasienter etter gjennomført undersøkelse, og utstyr for å kunne øke kapasiteten og oppfylle kvalitetskravene som stilles til sporing av alle skop gjennom hele prosessen.
Nordlandssykehuset bruker programmet *Endobase* til bildedokumentasjon. Endobase begynner bli utdatert, med behov for oppgradering eller bytte til nytt system. Dette en utfordring også ved andre helseforetak i regionen.

Ved UNN er det også behov for å øke kapasiteten. Det er behov for å utvide eksisterende desinfeksjonsrom, ekstra endoskopirom, samt å rekruttere personell. Behov for kapasitetsøkning er meldt til foretakets drifts-/investeringsplan for perioden 2021-2023.

Helgelandssykehuset har kartlagt behov for økte ressurser, og Finnmarkssykehuset følger opp forberedelsen slik anbefalt i det regionale prosjektet.

RHF	7	Andel av meniskopererte over 50 år ved skal være lavere enn 35%.	FIN, UNN, HSYK	Årlig melding

Ved UNN er målet om lavere andel enn 35 prosent nådd. Finnmarkssykehuset hadde en andel på 43 prosent, og Helgelandssykehuset 42 prosent; åtte av 19. Få pasienter gir store prosentvise utslag, og så lenge nasjonale anbefalinger følges, anslås resultatene å være i tråd med kravet.

RHF	8	Antall acromionreseksjoner i 2020 skal være lavere enn 50 per 100 000 innbyggere i opptaksområdet.	FIN, NLSH	Årlig melding

På grunn av mangelfullt datagrunnlag er det ikke mulig å rapportere på dette kravet i år. Nordlandssykehuset vil i 2021 gjennomføre tertialvis gjennomgang av aktuelle opphold for å kartlegge status, og ved behov korrigere praksis.

OD-Tillegg/ RHF	9	Delta i ny vurdering av intensivtilbudet ved Kirkenes sykehus, for å sikre at klinikken har ressurser og kompetanse til å behandle respiratorpasienter som ikke kan sendes videre. Frist for vurderingen er 1. oktober.	FIN, UNN	Årlig melding
UNN og Finnmarkssykehuset har deltatt i arbeidet. Oppdraget ble levert innen utsatt frist 1. november.				

3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

RHF	1	Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister tertialvis.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding

Status for inngåtte samarbeidsavtaler er god for 3 av 4 helseforetak. Nordlandssykehuset melder om at arbeidet har vært nedprioritert som følge av pandemien og derfor ikke hatt ønsket utvikling i 2020.

	Antall avtalespes	**Inngåtte avtaler**	**Andel**
Finnmarkssykehuset	7	6	85 %
UNN	41	39	95 %
Nordlandssykehuset	29	11	38 %
Helgelandssykehuset	6	6	100 %

4.1 Kvalitetsutvikling

RHF	1	Innføre nye rutiner for risikostyring i tråd med oppdaterte regionale retningslinjer.	Alle	Årlig melding
Helseforetakene har i ulik grad kommet i gang med innføring av nye rutiner: Finnmarkssykehuset: Kartlagt rutiner og prosedyrer med sikte på å forenkle og forbedre rutiner UNN: Har oppdatert maler og gjennomgått risikostyringsprosessen. Startet ny vurdering i småskala, og forventer ferdigstillelse innen utgangen av 1. tertial 2021. Nordlandssykehuset: Revidert rutiner for risikostyring og sendt på intern høring. Sykehusapoteket: Policy er oppdatert. HN IKT: Har startet prosessen og vil ferdigstille i løpet av 1. halvår 2021.				

RHF	2	I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 delta i arbeidet med utviklingen av en strategi for legemiddelforsyningen i regionen.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Arbeidet er påbegynt og følges opp i forbindelse med revisjon av regional beredskapsplan i 2021.				

RHF	3	I samarbeid med helseforetakene gjennomføre planlagt ressursopptrapping i henhold til opprinnelig opptrappingsplan for klinisk farmasi vedtatt i Helse Nord RHFs styre 15.6.2016.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Ressursopptrappingen er gjennomført i tråd med planen og i samarbeid med helseforetakene.				

RHF	4	I samsvar med Regional utviklingsplan etablere lokale ressursgrupper for samisk språk og kultur. Ressursgruppene skal være en ressurs for samiske pasienter og ansatte.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Ved UNN er det etablert ressursgruppe, mens Nordlandssykehuset ikke har hatt mulighet til å prioritere dette i 2020 pga. pandemien. Finnmarkssykehuset har allerede fokus på samisk språk og kultur, og kan bistå de øvrige i arbeidet. Sykehusapotek Nord har ikke etablert egen ressursgruppe, men kan bidra inn i helseforetakenes grupper dersom det er ønskelig. Sykehusapoteket kommer i kontakt med den samiske befolkningen i publikumsavdelingene og i forbindelse med klinisk farmasi. Aktuelle tjenester i publikumsavdelingene er tolketjenester og informasjonsmateriell på samisk. Dersom det er behov for tolketjenester skaffes dette via sykehusene. Der det finnes informasjonsmateriell på samisk gjøres dette tilgjengelig for pasientene/kundene. Helgelandssykehuset er kommet i gang med arbeidet, og har bla. hatt møte med Sijti Jarnge – Samisk kultur- og utviklingssenter i Hattfjelldal for å diskutere hvordan foretaket best kan samarbeide med det sørsamiske miljøet for å utvikle tjenestetilbudet til denne delen av befolkninga.				

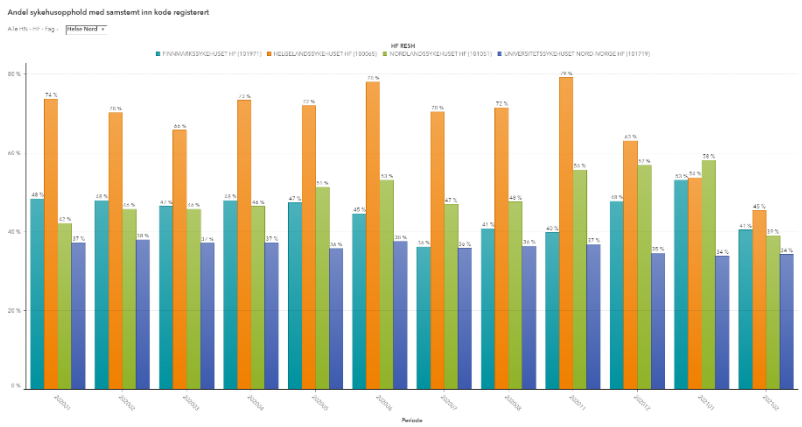
RHF	7	Delta i QI Nord - Forbedringsutdanning med 10 deltakere per kull, totalt 20 per år.	FIN, HSYK	Årlig melding
Gjennomføringen av forbedringsutdanningen ble begrenset som en følge av pandemien. Finnmark deltok med 7 deltakere. Helgelandssykehuset rapporterer at pandemien ikke har gjort det mulig å fullføre for kandidatene, men at de har meldt 10 deltakere til kullet som har oppstart våren 2021.				

RHF	8	Tilby 10 plasser per kull på QI Nord - Forbedringsutdanning til Helgelandssykehuset.	NLSH	Årlig melding
Nordlandssykehuset har tilbudt 10 plasser pr kull til ansatte ved Helgelandssykehuset, i tråd med oppdraget.				

RHF	9	Tilby 10 plasser per kull på QI Nord - Forbedringsutdanning til Finnmarkssykehuset.	UNN	Årlig melding
UNN har tilbudt 10 plasser pr kull til ansatte ved Finnmarkssykehuset, i tråd med oppdraget.				

RHF	10	I samarbeid med de regionale sykehusapotekforetakene etablere en hensiktsmessig styrings-/samarbeidsmodell for å nå felles strategiske mål for apotekutsalgene.	SANO	Årlig melding
Det er etablert en styrings- og samarbeidsmodell (Publikumsadministrasjonen) for å nå de strategiske målene. SANO er representert ved sykehusapotekeren i Harstad. Det er utarbeidet egen strategiplan for apotekutsalgene, og det jobbes godt med å nå de strategiske målene.				

4.3 Pasientsikkerhet

RHF	2	Andel legemiddellister som er samstemt inn (i DIPS medikamentmodul) skal være mer enn 90 %.  **Figur 1 Øyeblikksbilde av Andel sykehusopphold med samstemt inn kode registrert.** Som figuren viser har ingen av helseforetakene nådd målet. Det gis tilbakemelding fra helseforetakene at det samstemmes langt flere legemiddellister enn det som kommer frem i rapportene. Årsaken til dette er at det er mange klikk for å registrere koden, samt at ikke alle gjør det i henhold til prosedyren. Dette er HN RHF godt kjent med og vi regner med at tallene på samstemming vil øke når metavision er på plass der man får en automatisk registrering av samstemming.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding

4.4 Smittevern

OD-Tillegg 20/ RHF	2	Følge opp beredskapsplanen for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien.	Alle	Årlig melding

Dette er fulgt opp kontinuerlig i håndteringen av Covid-19. Tiltak inngår i risikovurdering og regional operativ beredskapsplan under pandemien. Forsyning av smittevernutstyr er tilfredsstillende og stabil, mens det er et pågående arbeid med oppfølging av TISK-strategien (Testing-Isolering-Smittesporing-Karantene)

4.5 Personvern og informasjonssikkerhet

RHF	1	Utarbeide en tiltaksplan, og iverksette nødvendig tiltak, som sikrer at helseforetakenes IKT-systemene og teknologiske sikkerhetstiltak bidrar til å forebygge og avdekke dataangrep.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding

Helseforetakene rapporterer om at handlingsplan er utarbeidet, eller at den er under utarbeidelse. Innholdet i planen er i varierende grad beskrevet i årlig melding, og er derfor ikke vurdert.

HN IKT rapportere om at gjennom HIS-prosjektet og MoDi-programmet er det plan for å levere kapabiliteter for å sikre IKT-systemer og tjenester. HIS har 3-6 mnd forsinkelse grunnet COVID-19. Det er også planmessig oppfølging av sårbarheter og risiko i IKT-infrastrukturen. Tiltaksplanen ble besluttet i ledergruppen i HNIKT i desember 2020. Planen vil oppdateres i tråd med føringer som gis i oppdragsdokumentet for 2021.

Nordlandssykehuset rapporterer mest detaljert om tiltaksplan, og hvilke prioriteringer av tiltak for å sikre disse kravene. Tiltaksplanen er basert på det interne arbeidet vi gjør og det ansvaret vi har som helseforetak og dataansvarlig. Planen er også basert på krav, forskrifter og lov og slik det blir framsatt både fra myndigheter og fra Helse Nord RHF, samt anbefalinger og utredninger for området som er gjort av de aktuelle nasjonale institusjoner som blant annet Datatilsynet, Riksrevisjonen og NSM.

I Nordlandssykehuset følges planen opp løpende med de ansvarlige og tiltak utredes videre og iverksettes.

Nordlandssykehuset prioriterer høyt implementering av nye løsninger for Network Access Control (NAC), Asset Management, automatisert tilgangsstyring og sonekontroll i nettverket. Dette er løsninger som Helse Nord IKT er i ferd med å etablere, men tjenestene er fortsatt ikke klare for å leveres fra Helse Nord IKT.

Helgelandssykehuset rapporter at for å oppfylle kravet i OD2020, i tillegg til å ha en plan som dekker og lukker påpekte svakheter i riksrevisjonens rapport, er Helgelandssykehusets tiltaksplan basert på Nasjonal Sikkerhetsmyndighets grunnprinsipper for IKT-sikkerhet. Tiltaksplanen er ment for å gi kontroll på hva som må gjøre fremover. Planen består av både tekniske og organisatoriske tiltak, og 3 hovedkategorier av tiltak:1. Regionale innføringer/tiltak som lukker påpekte avvik.2. Tiltak som krever samarbeid med øvrige foretak i helseregionen. 3. Lokale tiltak spesifikt for Helgelandssykehuset. Planlagt styrebehandling av tiltaksplanen i desember 2020, ble utsatt pga andre presserende saker i styremøtet, og planen skal styrebehandles 24.02.2021.

RHF	3	Dataansvarlig skal etablere rask og sikker pålogging i form av to-faktor autentisering for tilgang til helseopplysninger/personopplysninger. Datatilsynets anbefalinger skal legges til grunn.	Alle	Årlig melding

Det er etablert to-faktor autentisering for alle brukere av mobilt kontor. Utover dette har helseforetakene i varierende grad oppfylt kravet, i og med at to- faktor autentisering er ikke implementert for alle tjenester og applikasjoner. Nordlandssykehuset har kommet lengst i prosessen, og har startet prosjekt for sterk (to-faktor) autentisering som har gjort brukerkartlegging og pilotering av virtuelle løsninger med to-faktor pålogging. Tilgjengelige løsninger med to-faktor pålogging med PKI-kort prøves nå ut i noen utvalgte kliniske enheter. I den videre planen skal vi også prøve ut løsninger for virtuelt skrivebord (VDI) hos kliniske brukere.

For å sikre at det etableres en rask og sikker pålogging i form av to-faktor autentisering for tilgang til helseopplysninger/personopplysninger har HN RHF iverksatt prosjektet sterk autentisering. Hensikten med prosjektet er å utrede og legge planer for en mer brukervennlig og sikker pålogging til PCer og andre enheter og fagsystemer. For å sikre et godt resultat er det avgjørende med bidrag fra HFene i regionen. Flere helseforetak rapporter at de vil delta i prosjektet.

Prosjektet er i en planfase og har som formål å legge til rette for anskaffelse og implementering av en sentral løsning for kontroll av tilganger og tilrettelegging for Single Sign-On, samt beslutte hvilke løsninger for tofaktor-autentisering skal benyttes i Helse Nord. Helse Nord IKT vil ha operativt ansvar for gjennomføring av prosjektet.

RHF	4	Etablere formelle rutiner og prosedyrer som sikrer at dataansvarlig godkjenner endringer i infrastrukturen som påvirker dataansvarliges ansvarsområde.	Alle	Årlig melding

Sykehusforetakene har i samarbeid med Helse Nord IKT utarbeidet rutine for endringer i infrastrukturen. Rutinen beskriver og sikrer at forhold som påvirker dataansvarliges ansvarsområde skal godkjennes av de sykehusforetakene som er dataansvarlige før de kan iverksettes. Rutinen beskriver hvilke endringer som Helse Nord IKT skal melde til dataansvarlige og hvordan det skal godkjennes. Dokumentansvarlig for prosedyren (PR54669) er Helse Nord IKT.

4.8 Beredskap

RHF	1	Årlig rapportere oppdatert oversikt over antall pasientsenger, enerom med eget bad/WC og kontakt- og luftsmitteisolater. Kompetansesenter i smittevern Helse Nord har utarbeidet en regional mal for dette.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding

Helse Nord	Antall senger	Luftsmitte-isolater	Kontaktsmitte-isolater (ant senger)	Enerom m/ bad og wc

Finnmarkssykehuset	191	1	9	123	
UNN	608		26		
Nordlandssykehuset	221	3	49	93	
Helgelandssykehuset	98		11	3	
Sum	1118	4	95	219	

5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

RHF	4	Gjennomføre tiltak for å ivareta samhandling om samiske pasienter i helsefelleskapene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Helsefellesskapene er under etablering, og vil ikke være i drift før høsten 2021. Det er forventet at tiltak for å ivareta samhandling om samiske pasienter vil bli ivaretatt og prioritert, jf. oppfølging av *Strategi for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.*				

RHF	6	Implementere minst ett felles tiltak for medisinsk avstandsoppfølgning som tidligere har vært pilotert med gode resultater i samarbeid med kommunene og med støtte av Helse Nord IKT og de andre helseforetakene i regionen. Nordlandssykehuset HF skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Nordlandssykehuset har startet arbeidet, men er forsinket pga. pandemien, og har så langt ikke tatt initiativ til å koordinere arbeidet med de andre helseforetakene. Innen psykisk helse og rus er et samhandlingsprosjekt kalt *Samstrømming* iverksatt. Prosjektet omfatter pasienter innen akuttpsykiatrien, og innebærer bruk av video på tvers av omsorgsnivå. Arbeidet er kommet lengst i Salten, og målet er å implementere løsningen i hele opptaksområdet i løpet av 2021-22. Dette inkluderer også samarbeid med primærhelsetjenesten på Helgeland. UNN har implementert cytostatikabehandling i pasientens hjemkommune som et av tiltakene i medisinsk avstandsoppfølging. Det er identifisert flere hindringer som må løses, blant annet finansiering av cytostatikaforbruket, og det pågår et arbeid for å etablere avtaler med kommunene i samarbeid med Finnmarkssykehuset og Helse Nord RHF. Innen rehabilitering har UNN implementert verktøyet Whereby for pasientkonsultasjoner. Det er startet opplæring og lagt planer for å ta i bruk Whereby for pasientkonsultasjoner på flere områder.				

Helgelandssykehuset har ikke implementert tiltak som har vært pilotert tidligere og støttet av HN IKT. Finnmarkssykehuset har implementert Whereby videokonferanse og startet innføring av Checkware, og vil bruke verktøyene i avstandsoppfølging.

RHF	7	Videreutvikle tjenestetilbudet til stormottakere av helsetjenester (somatikk, psykisk helsevern og rus) i samarbeid med kommunene og andre helseforetak. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Ved UNN er PSHT (pasientsentrerte helsetjenesteteam) innarbeidet som ordinær del av pasientforløpet for pasientgrupper som oppfyller inklusjonskriteriene. UNN har delt informasjon om modell og erfaringen med PSHT, som et ledd i å koordinere arbeidet. Ved Nordlandssykehuset ble arbeidet med identifisering av stormottakere startet i januar/februar, men arbeidet ble avbrutt pga. pandemien. Nå avventes resultat fra Helsedirektoratets arbeid med hvordan de prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 skal identifiseres. De fleste stormottakerne vil være blant disse pasientene. Per i dag er det etablert FACT team innenfor psykisk helsevern og rus i samarbeid med noen av kommunene i opptaksområdet. Teamene ivaretar stormottakere/ alvorlig syke innenfor disse fagområdene. Deltagerne i FACT team har spesialkompetanse knyttet til disse pasientene, og vil ikke kunne ivareta pasienter fra somatikk. Arbeidet med PSHT er ikke kommet i gang. Det har kun vært avholdt ett møte mellom UNN og samhandlingsavdelingen hvor PSHT var tema. Nordlandssykehuset har prioritert å jobbe med hvordan stormottakerne kan ivaretas bedre, på tvers av tjenestenivå, med fokus på kombinasjon av tjenesteinnovasjon og teknologiske løsninger som reduserer ressursinnsatsen for både primær- og spesialisthelsetjenesten. Helgelandssykehuset har knyttet dette arbeidet til prosjektet for å bedre *Samhandling om mestringstreff*, men arbeidet er foreløpig i startfasen. Finnmarkssykehuset har igangsatt et arbeid på dette området med felles styringsgruppe for digital FACT og PSHT-team. Arbeidet er ikke kommet så langt som planlagt pga. pandemien, men det er etablert dialog mot kommunene, og prosedyrer og rutiner er under utarbeidelse.			

7.1 Sikre gode arbeidsforhold

RHF	1	Etablere regionalt nettverk for ledelse og lederutvikling.	UNN	Årlig melding
Regionalt nettverk for ledelse og lederutvikling er etablert under ledelse av UNN. Alle foretak i Helse Nord er representert i nettverket. Arbeidet har vært forsinket grunnet koronapandemien. Utviklingsarbeid er grunnet pandemien gjennomført på UNN. Mandat og handlingsplan er utarbeidet og vedtatt. Arbeidet fortsetter i 2021.				

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

RHF	4	"Utarbeide og styrebehandle handlingsplan innen 1.5.2021 for Inkluderingsdugnaden."	Alle	Årlig melding
Alle foretak vil ha utarbeidet og styrebehandlet handlingsplan innen fristen.				

RHF	5	Etablere tverrfaglig team for bemanningsplanlegging og framskriving av kompetansebehov.	Alle	Årlig melding
Helseforetakene har i ulik grad fått etablert tverrfaglig team for bemanningsplanlegging og framskriving av kompetansebehov. Til dels har pandemien påvirket tempoet med å etablere disse teamene. Finnmarkssykehuset, UNN og Nordlandssykehuset forventer å komme i gang med slike team i løpet av våren 2021. Helgelandssykehuset har fått dette etablert og jobber aktivt med kompetanseplanlegging, noe de i det videre arbeid vil se i sammenheng med bemanningsplanleggingen. Foretakene vil få oppdatert versjon av den nasjonale bemanningsmodellen tilgjengelig våren 2021 og det er forventet at modellen blir brukt av de tverrfaglige teamene.				

RHF	6	Delta i arbeidet med revidering av strategisk kompetanseplan.	Alle	Årlig melding
Arbeidet er utsatt til 2021.				

RHF	7	I samsvar med Regional utviklingsplan 2035 utrede strategier for å beholde og rekruttere ansatte med samisk språk og kulturforståelse.	Alle	Årlig melding
Arbeidet er forsinket på grunn av koronapandemien. Helseforetakene utreder strategier i 2021, dette i henhold til strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*.				

RHF	10	Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Formålet med dette utviklingsområdet er at helseforetakene skal bli i stand til å behandle alle pasientene, også i framtiden, gjennom en god utnyttelse av samlede personellressurser og optimal oppgavedeling mellom profesjonene. I Helse Nord representerer helsefagarbeiderne 527 av månedsverksverkene per januar 2021. Dette tilsvarer nivået for 3 år siden, og vil si at andelen har redusert da totalt antall månedsverk er gått opp. Andelen helsefagarbeidere målt i månedsverk er 3,7 % i foretaksgruppen. Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset nærmer seg målet, med henholdsvis 4,6 og 4,8 %. Utfordringene er ved UNN og Finnmarkssykehuset hvor andelen er henholdsvis 2,9 og 3,8 %.				

RHF	11	Etablere Akutt- og mottaksmedisin som spesialitet.	NLSH, UNN	Årlig melding

Nordlandssykehuset, MED klinikk, har sendt søknad om godkjenning som utdanningsinstitusjon innen fagområdet Akutt- og mottaksmedisin i 2019. Det er allerede overleger som har sendt inn sine dokumenter for godkjenning innen spesialiteten Akutt- og mottaksmedisin, og det er flere kandidater som er i dette utdanningsforløpet. Akutt- og mottaksmedisin er etablert som spesialitet i UNN. Det er søkt om godkjenning av utdanningsplanen, og de første kandidater er i gang med spesialiseringen. Enhet for Akutt- og mottaksmedisin er etablert i UNN Tromsø. I løpet av 1. kvartal 2021 vil UNN Tromsø ha utdannet de tre første spesialistene innen fagfeltet Akutt- og mottaksmedisin. Ytterligere tre spesialister vil være klare innen utgangen av 2023.

RHF	13	Etablere regional koordineringsenhet for helsefaglig simulering og ferdighetstrening.	UNN	Årlig melding
Regional koordinerende enhet for helsefaglig simulering i Helse Nord hadde oppstart 2.oktober 2020. Rekruttering av ansatte ble fullført i november 2020 og 15. februar 2021 vil alle ansatte være på plass. Etableringen ble forsinket av pandemien og vi anser 2021 som etableringsåret. Handlingsplanen for 2020 er ikke fulgt og flere tiltak er, av Strategisk råd, vedtatt flyttet til handlingsplanen for 2021. Informasjonsside på intranett er etablert. Sim-koordinatorer er på plass i UNN og NLSH og til dels i Finnmarkssykehuset.				

7.4 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

OD HOD	1	Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 pst. innen utgangen av 2023.	Alle	Årlig melding
Rapportering på dette kravet utgår 2020 grunnet manglende gjennomføring av ForBedring og tilhørende datagrunnlag nasjonalt.				

RHF	2	Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av RHF-et.	Alle	Årlig melding
Arbeidet ble startet opp i 2020, hvor alle foretak deltar. Det blir jobbet videre med dette i 2021. Tentativ ferdigstilling er juni 2021.				

RHF	3	Etablere regionalt nettverk for sykefraværsoppfølging.	HSYK	Årlig melding
Nærværsnettverket i Helse Nord er etablert og alle foretakene er med i nettverket. Formålet med å etablere nettverket var at alle foretakene skulle få del i de gode erfaringene med helhetsmodellen og reduksjon i sykefraværet som Helgelandssykehuset hadde. Kartleggingsverktøy Helhetsmodellen Helgelandssykehuset er introdusert. Nettverket er godt i gang med sitt arbeid til tross for flere utsettelser grunnet koronapandemien. Det er avholdt fire møter i 2020 og det er arbeidet med mandat, forventningsavklaringer, interessentkartlegging og kommunikasjonsplan. Foretakenes nåsituasjon og informasjon om Bransjeprogram IA i sykehus er presentert. Bransjeprogram IA i sykehus er en viktig del av arbeidet i nettverket. Formålet med bransjeprogrammene er å mobilisere partene på bransjenivå til i fellesskap å dokumentere og ta fatt i felles erkjente utfordringer				

Innsatsområdene som er prioritert er forebyggende arbeidsmiljø og innsats mot lange og/eller hyppige sykefravær for å forhindre sykefravær og frafall.

Målrettet og systematisk arbeidsmiljøarbeid, «Der skoen trykker»
Bransjeprogram IA i sykehus har prioritert arbeidet med systematisk og målrettet arbeidsmiljøarbeid, «Der skoen trykker». Dette gjøres ved å implementere en metodikk som er gjennomført på Sørlandet sykehus og ved Ortopedisk klinikk ved Ahus. Dette systematiske arbeidet ga svært gode resultater i forhold til redusert sykefravær.
I Helse Nord er det igangsatt piloter i alle helseforetakene.

8.0 Forskning og innovasjon

RHF	1	Inngå eller revidere avtaler med universitetene i regionen, i tråd med ny rammeavtale som Helse Nord RHF har inngått i oktober 2019.	Alle	Årlig melding
Målet er delvis oppnådd. Avtalen mellom UNN og Helsefak, UiT er revidert. Øvrige foretak melder om at det gjenstår å revidere/inngå avtaler med aktuelle universitet, men at dette arbeidet vil bli gitt prioritet i 2021.				

RHF	2	Samarbeide med næringslivet om innovative løsninger.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Foretakene rapporterer om økende innovasjonssamarbeid med næringslivet. NLSH har opprettet en egen plattform for samarbeid med næringslivet om innovative løsninger. Flere klinikker ved UNN har i 2020 inngått innovasjonskontrakter med bedrifter om utprøving og utvikling av nye løsninger. HSYK har også i løpet av 2020 arbeidet godt med næringslivssamarbeid og fikk tildelt Horizon 2020 midler til et prosjekt. Målet om økt næringslivssamarbeid vil følges ytterligere opp i 2021.				

OD Tillegg 20	3	Legge til rette for at alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst i det regionale helseforetaket fra og med 1.1.2021 skal være åpent tilgjengelige.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Informasjon til forskerne om Open Access publisering, og mulighetene for refusjon av forfatterbetaling fra Helse Nord-fondet er innarbeidet i alle foretak, og saken følges opp kontinuerlig. Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har i tillegg egne ordninger for finansiering av åpen publisering.				

RHF	4	Bruke forskningesverktøyet Induct for å registrere og utvikle innovasjonsprosjekter. Det skal rapporteres på innovasjonsindikatorene definert av HOD.	SANO, FIN, UNN,	Årlig melding

			NLSH, HSYK	
UNN har hatt en gradvis innføring av Induct siden 2018, og rapporterer om et stadig økende antall brukere/prosjekter registrert. Fra og med 2020 er verktøyet innført i alle foretakene, med stor variasjon mht. hvorvidt verktøyet er tatt fullt ut i aktiv bruk. Innføring av Induct har potensiale på mange områder, bl.a. viser Helgelandssykehuset til stor nytte av Induct som delingsnettverk mellom helseforetak og privat industri. Alle foretakene rapporterer årlig på de nasjonale innovasjonsindikatorene.				

RHF	6	Stimulere til tjenesteinnovasjon. Medisinsk avstandsoppfølging er et aktuelt felt for å utvikle og ta i bruk nye løsninger.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Alle fire foretakene har hatt stort fokus på denne aktiviteten i 2020, og kan vise til flere egne prosjekter, i tillegg til at bruk av videokonsultasjoner økte betydelig under pandemien. Flere av tjenesteinnovasjonsprosjektene er omtalt i kap. 5.				

RHF	7	Prioritere en økt andel egne midler til forskning i 2021, for å bidra til å innfri at ressursbruken til forskning skal økes.	SANO, FIN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Foretakene melder om (indirekte) økt ressursbruk til forskning gjennom økende omfang/tilbud av støttefunksjoner til forskning, infrastruktur, kompetanseutvikling og økt andel ekstern finansiering. Ingen større endringer i egne forskningsbudsjetter i foretakene.				

RHF	8	UNN skal øke sin ressursbruk til forskning i 2021, for å bidra til å komme på nivå med sammenlignbare universitetssykehus (jf NIFUs statistikk).	UNN	Årlig melding
UNN har prioritert å fremme ekstern finansiering ved å frigi ressurser til å utarbeide søknader og for å følge opp pågående initiativ. Forskere tilknyttet UNN har i 2020 fått tilslag på ekstern finansiering i betydelig grad, både fra NFR og EU. Eks.: UNN er partner i Senter for fremragende innovasjon (SFI) tilknyttet maskinlæring med NT-fakultetet ved UiT, og Nasjonalt senter for e-helseforskning har fått tilslag på EU-søknad og NFR-søknad. UNN er med på to SFF-søknader (Senter for fremragende forskning) sendt NFR i november 2020, og sender skisse for søknad om Senter for klinisk behandlingsforskning i januar 2021. På grunn av omstillingsutfordringer og pandemisituasjonen er det ikke funnet rom for å avgi friske interne midler til forskning.				

9.2 Anskaffelsesområdet

RHF	1	Med utgangspunkt i UNNs artikkelregister utvikle rutiner for forvaltning av felles regionalt avtaleregister på lagerført sortiment.	Alle	Årlig melding

Foruten Finnmarkssykehuset som har ansatt en ressurs i prosjektstilling for å gjennomføre endring i register samt Helgelandssykehuset som rapporterer å ha gjort dette for beredskapssortiment, er vi i 2020 ikke kommet lengre i etableringen av grunnlaget for et felles, regionatl artikkelregister. Det rapporteres at dette vil få fokus både gjennom den aktiviteten som utledes av prosjekt innkjøp 2023, samt foretaksvis fokus i det kommende året. Konsekvensen av at vi ikke er kommet lengre er at det tar lengre tid å få etablert foretaksovergripende, ressursbesparende prosesser samt fremdeles er utfordrende å få gode, enhetlige datagrunnlag både til prosess med etablering av innkjøpsavtaler, men ikke minst oppfølgingen av disse. Dette gjør det vanskeligere å få realisert det gevinstpotensialet som forventes innenfor dette området.

RHF	2	Ved utgangen av 2020 skal andel omsetning av definerte varegrupper gjennom innkjøpssystemet ClockWork være: Varekjøp 90% og tjenestekjøp 50%.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Utviklingen i varekjøp gjennom innkjøpssystemet har økt fra 860 mill kr i 2019 til 1 206 mill i 2020, en øking fra 45 % til 59 % av potensialet. I forhold til kravet om omsetning ved utgangen av 2020 så er trenden at de fleste ligger mellom 55 og 65 prosent av potensialet. På tjenestekjøp er det kun NLSH som andelsmessig har kommet et stykke ved at 160 mill av en potensiell omsetning på 450 mill går gjennom innkjøpssystemet. Pandemisituasjon er i stor grad bakgrunnen for at utviklingen fra 2019 til 2020 ikke har vært i tråd med kravet. Konsekvensen er vi ikke har så god kontroll på hva vi kjøper av varer og tjenester som ønskelig. Dette åpner blant annet for risiko for ulovlige direkteanskaffelser med tilhørende konsekvenser				

RHF	3	Delta med klinisk, teknisk eller merkantilt personell i alle relevante nasjonale og regionale anskaffelsesprosjekt, eller aktivt gi fullmakt til andre foretak å ivareta deres interesser.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Av de fire sykehusforetakene har HSYK og UNN gode rutiner for innmelding av fagressursers til de nasjonale og regionale prosjektene som etableres, mens det er mer unntaksvis at vi får koblet på kompetanse fra de to andre foretakene. Dette medfører at vi inngår avtaler på vegne av hele foretaksgruppen uten at vi er sikker på at de reflekterer hele foretaksgruppens behov. Det gjør også jobben for de som sitter i prosjektgruppen betydeligere mer komplisert når de ikke har et samlet fagmiljø å spille på underveis. Det er i prosjektene også stort sett fokus på den faglige kompetansen som trengs, uten at de merkantile behovene blir godt nok ivaretatt, hvilket også er med på å gjøre belastningen på de som representerer regionen i prosjektgruppene mer omfattende enn nødvendig. Avvikene i forhold til intensjonen i dette kravet er ett av de største hindrene for realisere potensialet som er innenfor anskaffelsesområdet.				

RHF	4	Utarbeide en ansvars-/interessematrise i tråd med kategoristrukturen, som synliggjør ansvarsfordeling og beslutningsstruktur på anskaffelsesområdet. Arbeidet skal utføres i samarbeid med Sykehusinnkjøp og helseforetakene.	Alle	Årlig melding
Dette er ikke levert fra noen av foretakene, med henvisning til at dette skal koordineres regional, skal adresseres gjennom prosjekt innkjøp 2023 samt vil bli adressert i utarbeidelse av nye samarbeidsavtaler med Sykehusinnkjøp som er i prosess. I tillegg har pandemien tatt vekk fokus fra utviklingsoppgaver.				

Dette kravet henger sammen med krav over og utfordringene med å få koblet de rette ressurser til de rette prosessene.

RHF	5	Planlegge mottak og implementering av alle nasjonale og regionale avtaler; i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Det er ikke en enhetlig tilnærming til avtaleimplementering, der noen viser til rutiner for tilgjengeliggjøring av avtaler for organisasjonen viser blant annet UNN til behovet for også å få involvert fagmiljøet som en del av implementeringsaktiviteten. Det er en rød tråd gjennom hele anskaffelsesforløpet, og har vi ikke oversikt over hvem som skal bruke avtalen i forbindelse med etablering av et anskaffelsesprosjekt, får vi utfordringer med en effektiv implementering og ikke minst oppfølging av avtaleporteføljen.				

RHF	6	Utarbeide oversikt over foretakets samlede avtaleportefølje innen 1.9.20 Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF.	Alle	2. tertial og Årlig melding
Foruten NLSH som rapporterer at dette er fokus månedlige taktiske møter med Sykehusinnkjøp, og vil ha fokus i 2021 for å få fullt og helt på plass, rapporterer de andre at denne oversikten er utarbeidet, eller at kravet her lite relevans grunnet ubetydelig lokal avtaleportefølje.				

RHF	7	Redusere omfang diverseordrer i innkjøpssystemet.	NLSH	Tertialrapporter og Årlig melding
NLSH har fokus på hva som må til for å redusere bruken av diverseordrer, men pandemien har både tatt det som har vært av kapasitet for å følge dette opp internt og begrenset muligheten til å være tilstede ute i foretaket for å drive holdningsendring. Det er ikke forventet å skulle levere på dette kravet før situasjonen er mer normalisert.				

10.0 Teknologi

RHF	1	Leveranser inkl. SLA mellom helseforetakene og Helse Nord IKT HF skal være formalisert skriftlig og signert av begge parter.	Alle	Årlig melding
Helse Nord IKT HF og sykehushelseforetakene er enige om å benytte SSA-D. Det gjenstår noen få punkter ved utgangen av 2020 før avtalene er ferdigstilt.				

RHF	2	Delta i innføringen av produksjonsstøttesystem for medikamentell kreftbehandling.	Alle	Årlig melding
Helseforetakene deltar i arbeidet rundt innføring av elektronisk støtte for medikamentell kreftbehandling. Hvor også behovene til kommunal sektor diskuteres.				

RHF	3	Helseforetakene skal delta i arbeidet med utarbeidelse av teknologiplan for Helse Nord. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.	Alle	Årlig melding
Arbeidet med IKT strategi/teknologiplan ble utsatt grunnet COVID-19.				

RHF	4	Betalingsforpliktelser i SLA må skille mellom kostnader besluttet av eier og kostnader for tjenester og bestillinger direkte fra helseforetakene.	Alle	Årlig melding
Helse Nord IKT rapporterer som følger: I tidligere IKT-budsjetter er kostnader som er pålagt av eier til dels synliggjort. Etter ferdigstilling av regnskapet for 2020 vil det bli satt opp en oversikt over en fordeling mellom HN RHF og HF-ene for 2020.				

RHF	5	Innenfor rammen av digitale innbyggertjenester skal dokumentdeling via kjernejournal realiseres i Helse Nord. Helseforetakene skal aktivt prioritere og delta i arbeidet.	Alle	Årlig melding
Helseforetakene har deltatt aktivt i arbeidet, både gjennom deltagelse i prosjektet og styringsgruppe. Helseforetakene i Helse Nord startet pilotering deling av journaldokumenter desember 2020.				

RHF	6	Helse Nord IKT HF og helseforetakene skal innen 1.12.2020 (frist utgår) i fellesskap utrede en hensiktsmessig modell for tjenesteprising der eventuelt prinsippene for avkortning, som eneste sanksjonsmiddel ved sviktende leveranser, skal gå frem. Arbeidet skal tilpasses covid- 19 situasjonen og om nødvendig ferdigstilles i 2021. Det skal for 2020 ikke brukes økonomiske sanksjoner mellom Helse Nord IKT og andre helseforetak i regionen.	Alle	Årlig melding
Arbeidet ble startet opp primo 2020. I henhold til revidert oppdragsdokument for 2020 ble opprinnelig frist som var 1.12.2020 endret til "om nødvendig ferdigstilles i 2021". Aktiviteten har derfor blitt sett opp mot Covid-19 leveranser og senere lagt.				

11.0 Bygg og kapasitet

RHF	1	Oppdatere tilstand på hele bygningsmassen ved bruk av Multimap. I tillegg til teknisk tilstand skal tomt- og områdeforhold, funksjonell egnethet og strukturelle egenskaper vurderes. Frist for gjennomføring 1. juni (frist utgår).	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Det er gjennomført tilstandsvurdering av bygningsmassen i Helse Nord i løpet av 2020. Resultatene er lagt inn i rapporteringssystemet Multimap og det vil bli sendt inn en felles rapport for alle regionene til HOD. Tomt- og områdeforhold, funksjonell egnethet og strukturelle egenskaper er ikke ferdig kartlagt i alle foretakene da kartleggingen tilpasses andre prosesser. Dette er ikke en del av rapporteringen til HOD men vil ferdigstilles i løpet av første halvår 2021. Rapporteringen fra foretakene er som følger: Finnmarkssykehuset: Tilstandsvurdering og rapportering i Multimap er gjennomført for hele bygningsmassen unntatt nye Kirkenes sykehus. Dette legges inn i Multimap innen 15. mars 2021. UNN:				

Den tekniske tilstandsvurderingen er ferdigstilt på hele bygningsmassen til UNN. Funksjonell tilstandsvurdering er gjennomført for alle bygg med unntak av DPS Nord-Troms. Nordlandssykehuset: Nordlandssykehuset HF gjennomførte kartlegging ved hjelp av Multimap i 2019 etter daværende kriterier. Disse ble endret, og ny gjennomgang ble gjennomført senhøsten 2020 i tråd med nye kriterier for all bygningsmasse. Utsettelse på frist ble diskutert og forankret i Eiendomsforum. Helgelandssykehuset: Helgelandssykehuset har utført alle analyser via Multiconsult. Egnethetsanalyse planlegges bestilt og utført av Sykehusbygg.

RHF	2	Engasjere ekstern revisor til å gjennomgå kontrollrutiner knyttet til Nye Hammerfest sykehus i tråd med brev av 10.7.18. Eier økonomi	FIN	Årlig melding
Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke, og når forventer man å oppnå kravet?				

Møtedato: 11. mars 2021

Arkivnr.:	Saksbeh/tlf:	Sted/Dato:
2020/999-19	Fanghol 95076075	Bodø, 2. mars 2021

RBU-sak 20-2021 Helsefellesskap – status for arbeidet i helseforetakene

Arbeidet med etableringen av helsefellesskapene går sin gang. Helse Nord RHF fasiliterer rutinemessige erfaringsutvekslingsmøter med samhandlingsansvarlige i HFene. Saken er ledelsesmessig på agendaen både i ledergruppen i RHF og i møter med ADene for helseforetakene. Det viktigste arbeidet skjer i samarbeidsgrupper mellom HF og kommuner.

Vedlagt følger status for etablering av helsefellesskapene basert på erfaringsutvekslingsmøte med samhandlingsansvarlige i HFene12. februar 2021. Arbeidet er godt i gang, men er kommet noe ulikt. I helsefellsskapsområdet Troms/Ofoten planlegges partnerskapsmøte 21. april 2021. Forslag til partnerskapserklæring (Ishavserklæringen), vedtekter og sekretariatsløsning er utarbeidet av en felles arbeidsgruppe og sendt kommunene for behandling og forankring.

I helsefellesskapsområdene til de øvrige er planen å avvikle partnerskapsmøter i september/oktober og alle er i gang med utarbeidelse partnerskapserklæringer, vedtekter etc.

I helsefellesskapet skal en sammen planlegge tjenestetilbudet til definerte pasientgrupper. Arbeidet med dette for de i NHSP fire definerte gruppene vil i liten grad komme i gang før den nye helsefellesskapsorganisasjonen er på plass. Det samhandles omkring aktuelle spørsmål i «gammel struktur», men mye av tiden går med til å få ny organisasjon på plass.

Forslag til vedtak:

1. RBU tar saksnotat og status for etableringen av helsefellesskapene til orientering

2. RBU orienteres i annethvert møte om status for arbeidet med etableringen av helsefellesskapene med særlig oppmerksomhet på brukerrelevante problemstillinger.

Bodø, den 2. mars 2021

Cecilie Daae
Adm. Direktør

Vedlegg

Vedlegg

Oppsummering for status i arbeidet med helsefellesskapene

Etablering av helsefellesskapene

Universitetssykehuset i Nord-Norge har utarbeidet vedlagte forslag til partnerskapserklæring – Ishavserklæringen og vedtekter for helsefellesskapet. Dokumentene er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av folk fra kommuner og HF, brukerutvalg, ungdomsråd, KS og Legeforeningen. Den er sendt til kommunene for behandling. Den planlegges formelt godkjent på første partnerskapsmøte i slutten av april og underskrevet av ordførerne. Dette var planlagt som et fysisk møte, men blir nå et digitalt arrangement. Første partnerskapsmøtet var planlagt som et større arrangement med faglige tema. UNN og kommunene er enige om at det det er ordfører som møter i partnerskapsmøtet med stemmerett og ledelsen fra UNN. Hvem som har stemmerett fra UNN er uklart i vedtektene og må avklares nærmere i arbeidsgruppa 26. feb.

Til partnerskapsmøte inviteres i tillegg kommunedirektør, helse- og omsorgssjef og kommuneoverlege fra hver kommune. Brukere- og fastlegerepresentanter har uttalerett på partnerskapsmøte. Ansatte er foreløpig ikke invitert, men med digital møteform vil de kunne delta som observatører. Ansatterepresentanter er foreslått inn i SSU med møte- og talerett (som i dagens Overordnet samarbeidsorgan (OSO)).

Finnmarkssykehuset har planlagt å avvikle partnerskapsmøte i oktober i tilknytning til et KS møte for å få stor oppslutning av deltakere fra kommunene. I dialogmøtet i tilknytning til partnerskapsmøtet inviteres:
- Politisk ledelse i alle kommuner
- Administrativ ledelse i alle kommuner
- Styret i Finnmarkssykehuset
- Administrerende direktør med foretaksledelsen i Finnmarkssykehuset

Samhandlingssekretariatet ivaretar praktisk gjennomføring og sekretariatsfunksjon.

Møteledelse går på omgang mellom foretak og kommuner. Møtet er i forkant av partnerskapsmøte og lagt til KS sitt årlige høstmøte. Møteramme: 2 timer ordførere og kommunedirektører, representanter for brukere og fastleger. I partnerskapsmøtet deltar ledelsen for Finnmarkssykehuset og kommunedirektørene med stemmerett. Bruker- og fastlegerepresentanter skal ha talerett i partnerskapsmøtet.

Partnerskapsmøte består av:
- Rådmenn/kommunedirektører fra alle kommuner i Finnmark
- Administrerende direktør og foretaksledelsen i Finnmarkssykehuset

Observatør med talerett:
- Samhandlingsutvalget
- Fylkesmannen
- Universitetet

- Tillitsvalgte
- Fastlege
- Brukerrepresentant
- KS

Partnerskapsmøtet forberedes av samhandlingsutvalget og samhandlingssekretariatet.

Møtet er det strategisk overordnede organet for samhandlingsarbeidet mellom kommunene og Finnmarkssykehuset. Beslutninger baseres på konsensus og skal være førende for samhandlingsarbeidet. Det gjennomføres som ett årlig møte som legges til KS sitt høstmøte. Møteramme: to timer

Helgelandssykehuset planlegger partnerskapsmøtet avviklet i slutten av september. Helgelandssykehuset planlegger partnerskapsmøtet delt i to møter, horav et møte er dialogmøte mellom politisk ledelse, et møte med administrativ ledelse i kommunene og i Helgelandssykehuset. I begge møtene er fastlege og brukerutvalg representert..

Nordlandssykehuset planlegger et fysisk partnerskapsmøte 23. september. På første møte i Overordnet samarbeidsorgan, ultimo februar, oppnevnes et KSU som skal forberede partnerskapserklæring, vedtekter og gjennomføring av partnerskapsmøtet.

Hvilken rolle tar helseforetakene mot kommunene i arbeidet med etableringsprosessene?

Oppsummering:

HFene med et oppegående sekretariat tar en aktiv rolle i å tilrettelegge og utvikle dokumentasjon. Det er stor oppmerksomhet om likeverdighet i samarbeidsrelasjonen og at HFene ikke skal ta en rolle i «styringslinjen» mot kommunene.

Oppnevning og honorering av fastlegerepresentanter. Dette er primært et anliggende for KS og kommunene, men helseforetakene vil uvegerlig også måtte forhold seg til dette. Arbeidsgruppen i Troms og Ofoten har sendt inn dette spørsmålet til HOD og KS og fått tilbakemelding, jf innklipte sitat:

> *Fastleger skal være representert på alle nivå i helsefellesskapet. Hvordan vil HOD og KS anbefale at oppnevning av fastlegerepresentanter skjer, dvs. hvem kan/skal oppnevne og fastsette mandat for disse representantene, og hvor mange representanter bør oppnevnes til hhv. Partnerskapsmøtet og Strategisk samarbeidsutvalg? HOD: KS har fått oppdrag å komme med innspill på dette.*

Oppsummering:

Her avventes tilbakemelding fra HOD/KS. Også reist spørsmål om hvem som skal oppnevne fastlegerepresentanter til ulike organ/nivå. Fastlegetjenesten er del av den kommunale helsetjenesten og det må være kommunene som har ansvar for å få avklart dette.

Brukere skal være representert på alle nivå i helsefellesskapet. Hvordan anbefales at oppnevning av brukerrepresentanter skjer, dvs. hvem kan/skal oppnevne og fastsette mandat for disse representantene, og hvor mange representanter bør oppnevnes til hhv. Partnerskapsmøtet og Strategisk samarbeidsutvalg?

Oppsummering:

Dette temaet er tatt opp med HOD og KS har fått i oppdrag å komme med innspill. Et spørsmål her er om det skal oppnevnes brukerrepresentanter både fra kommuner og helseforetak eller om det skal søkes kontakt med brukerorganisasjoner som kan komme med forslag til brukerrepresentanter.

Arbeid med etableringen der mye er avhengig av det som skjer på kommunesiden vs arbeid med innhold i samarbeidet. Hvordan får vi tatt tak i prioriteringen av de fire gruppene i helseforetakene og hvordan kan dette avstemmes mot kommunene?

Oppsummering:

Det er viktig å få på plass organiseringen først og så bør en begynne i eget HF. Det er liten grunn til å stresse denne oppgaven i samarbeidsrelasjonen før organisasjonen er på plass.

Møtedato: 11. mars 2021

Saksnr.:	Saksbeh./tlf.:	Sted/dato:
2020/999-19	Finnsson, 99 42 83 77	Bodø, 18.02.2021

Sak 21-2021 Orientering om etablering av områdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling – oppdrag i OD 2020

Formål

Helse Nord vil presentere status for arbeidet med oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2020:

«Helse Nord RHF skal, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene og Kriminalomsorgsdirektoratet, utarbeide en konkret plan for å etablere en områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB for innsatte ...»

Bakgrunn

Forekomsten av psykiske lidelser er betydelig høyere blant innsatte i fengsel enn i befolkningen generelt jf. rapporten "Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler" (Cramer, 2014). Rapporten viste at 92 % hadde en psykisk lidelse og/eller personlighetsforstyrrelse. Både denne og andre representative undersøkelser av domfelte i fengsel har funnet at om lag 50-60 % av innsatte hadde rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk ved innsettelsen.

Dette er et område med betydelig offentlig oppmerksomhet og kritikk av forholdene for psykisk syke i fengslene, inkludert internasjonal oppmerksomhet. Sivilombudsmannens særskilte melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler kritiserer både kriminalomsorg og helsetjenesten for manglende oppfølgning av isolerte[1].

Det er i løpet av 2020 gjennomført en oppdatert kartlegging av eksisterende og planlagte tjenester. Det er gjennomført en sammenligning av tjenester nasjonalt som vil gi et grunnlag for fremtidig dimensjonering av tjenestene. Kontorsituasjonen for behandlere fra helseforetakene i fengslene er kartlagt og kompetansemiljøene har beskrevet en skisse for kompetanseheving og fagutvikling.

[1] https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/06/SOM_S%C3%A6rskilt-melding_WEB.pdf

Vurdering
Det har i planarbeidet vært godt samarbeid og enighet om behovet for å styrke helsetjenesten i fengslene. Det noe ulikt syn på hva som er de beste virkemidlene for å oppnå dette. Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) har ønsket at det innføres en bemanningsnorm for helsetjenester i fengsel, basert på kriterier som antall innsatte og sikkerhetsnivå. Dette har RHF-representantene ikke vurdert som hensiktsmessig og det foreslås heller ikke i rapporten. RHF-ene har fremholdt at det mest sentrale er at det etableres områdefunksjon som beskrevet i rapport, i forhold til stedlig tjeneste, kompetanse, samarbeid osv. Det er derfor nedfelt noen prinsipper som ligger til grunn for å etablere områdefunksjon.

Videre er det i rapporten foreslått å se på etablering av områdefunksjon som et utviklingsarbeid over 1-3 år. RHF-ene vurderer at det er mer hensiktsmessig å vurdere om målene med områdefunksjon er nådd heller enn å forplikte helsetjenesten til en viss bemanning basert på et fastsatt kriteriesett.

Det er i dag betydelig variasjon fengslene imellom om de har gode stedlige helsetjenester eller ikke. Rapporten foreslår at helseforetakene bygger videre på allerede eksisterende tjenester der disse finnes. Helseforetakene bør planlegge utforming av tjenestene i samarbeid med kriminalomsorgen lokalt og andre relevante samarbeidsaktører.

Videre saksgang for plan for etablering av fellesfunksjoner
Planen ble behandlet i interregionalt fagdirektørmøte den 15. februar 2021. Fagdirektørene ga sin tilslutning til innholdet i saken og foreslo at saken skulle legges frem for konserntillitsvalgte og regionalt brukerutvalg i hver region før behandling i AD-møte.

Videre arbeid i Helse Nord
Helse Nord RHF har i budsjett 2021 satt av midler til en styrking av helsetilbud i fengslene i regionen. Plan for etablering av områdefunksjoner (vedlegg 1) viser at Helse Nord RHF, i samarbeide med Kriminalomsorgen region nord, må utarbeide en regional plan for hvordan helsetjenestene i fengslene i regionen best kan styrkes. Helse Nord vil i løpet av våren 2021 samarbeide med Kriminalomsorgen region nord om å utarbeide et mandat for det regionale prosjektet. Tillitsvalgte og brukerrepresentanter fra spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen vil bli invitert med i prosjektet. Regionalt brukerutvalg vil bli bedt om å utnevne representant i arbeidet når mandat for arbeidet er utformet.

Forslag til konklusjon:

1. Plan for etablering av områdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tas til orientering
2. Forslag til videre arbeide i Helse Nord RHF tas til orientering

Bodø, 02. mars 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

1) Plan for områdefunksjon innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2) Tabell-oversikt over alle fengslene i landet, antallet innsatte og stedlige spesialisthelsetjenester i hvert fengsel per desember 2020. Avsatte midler for styrking av tilbudet i 2021 er ikke tatt med i denne oversikten da det i noen tilfelle ikke er besluttet hvordan disse midlene vil bli fordelt.

[Innledning]

KONKRET PLAN FOR ETABLERING AV OMRÅDEFUNKSJON INNEN PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Et samarbeid mellom KDI og RHF

Kolofon

Utkast til interregionalt fagdirektørmøte
15. februar 2021

Utkast til nasjonalt AD møte
22. mars 2021

Publikasjonens tittel:
Konkret plan for etablering av områdefunksjon innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Utgitt
[Sett inn dato]

Kontakt
Brita Mauritzen Næss (Helse Vest), Frode Bie (Helse Sør-Øst), Elise Solheim Helse Midt-Norge) og Jon Thomas Finnsson (Helse Nord)

Rapport kan lastes ned på:
[Link for nedlastning]

[Fotograf]

Innhold

1. Oppdrag og bakgrunn 4
1.1 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet 2020 4
1.2 Oppdraget fra Justis- og beredskapsdepartementet 4
1.3 Bakgrunn for oppdraget 4
1.4 Planprosess 5
1.5 Prinsipp for etablering av områdefunksjon 6
2. Hva er områdefunksjon? 7
2.1 Bakgrunn for områdefunksjon 7
2.2 Hovedanbefalinger i rapporten om områdefunksjon 8
2.3 Forventninger til helsetjenestene og til KDI 9
3. Konkret plan for Områdefunksjon 10
3.1 Helse Vest RHF 11
3.1.1 Helse Førde HF 11
3.1.2 Helse Bergen HF 11
3.1.3 Helse Fonna HF 12
3.1.4 Helse Stavanger HF 12
3.1.5 Vurdering Helse Vest RHF 13
3.2 Helse Midt-Norge RHF 13
3.2.1 Møre og Romsdal HF 14
3.2.2 Helse Nord Trøndelag HF 14
3.2.3 St. Olavs hospital HF 15
3.3 Helse Nord RHF 16
3.3.1 Helgelandssykehuset HF 17
3.3.2 Nordlandssykehuset HF 17
3.3.3 Universitetssykehuset i Nord-Norge HF 17
3.3.4 Finnmarkssykehuset HF 17
3.4 Helse Sør-Øst 18
3.4.1 Sørlandet sykehus HF 18
3.4.2 Sykehuset Østfold HF 19
3.4.3 Sykehuset i Vestfold HF 20
3.4.4 Sykehuset Telemark HF 21
3.4.5 Vestre Viken HF 21
3.4.6 Akershus universitetssykehus HF 22
3.4.7 Oslo universitetssykehus HF 23
3.4.8 Sykehuset Innlandet HF 24
4. Planer for kompetanseheving 26
4.1 Veiledning og nettverk 26
4.2 Opplæring 27
4.3 Fagutvikling 27
4.4 Forskning 28

5. Avslutning **28**
5.1 Oppfølging 29

1. OPPDRAG OG BAKGRUNN

Forekomsten av psykiske lidelser og rusproblemer blant innsatte i fengsel er betydelig høyere enn i befolkningen ellers. Det har derfor over tid vært satset betydelig ressurser i flere fengsler på å bygge opp helsetilbudet til de innsatte, men det er allmenn enighet om at det er behov for en ytterligere styrking av tilbudet.

1.1 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet 2020 til de regionale helseforetakene

De fire regionale helseforetakene fikk et likelydende oppdrag rettet til enkelte RHF fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2020:

«Helse X RHF skal, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka og Kriminalomsorgsdirektoratet, utarbeide ein konkret plan for å etablere ein områdefunksjon for spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern og TSB for innsette, jf. rapport Områdefunksjoner for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, SIFER 12. januar 2018 og tilrådingane frå Helsedirektoratet i brev av 19. mars 2018.»

1.2 Oppdraget fra Justis- og beredskapsdepartementet til Kriminalomsorgsdirektoratet

I tildelingsbrevet fra Justis- og beredskapsdepartementet til Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) for 2020 står det under Tiltak/ Oppdrag i oppfølgingen av Regjeringens tilbakeføringsstrategi 2017-2021:

«*KDI skal bistå i etableringen av en områdefunksjon innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for helseforetak med ansvar for fengsel.* Rapportering tertialvis og i årsrapporten».

1.3 Bakgrunn for oppdraget

Forekomsten av psykiske lidelser er betydelig høyere blant innsatte enn i befolkningen generelt jf. rapporten "Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler" (Cramer, 2014). Den representative undersøkelsen av domfelte i fengsel fant at hele 92 % hadde en psykisk lidelse og/eller personlighetsforstyrrelse. (Cramer, 2014). Både denne og andre representative undersøkelser av domfelte i fengsel fant at om lag 50-60 % av innsatte hadde rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk ved innsettelsen. («Innsattes levekår 2014», SSB-rapport 2015 og «Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsler» SERAF-rapport 2016).

Fra denne og annen kunnskap vet vi at innsatte har betydelige levekårsutfordringer på flere arenaer, som svekker deres muligheter til å kompensere for helseproblemene. Basert på disse forholdene, kan man anta at behandlingsbehovet er større enn i et generelt befolkningsutvalg.

Det er betydelige isolasjonsutfordringer i norske fengsler. Kriminalomsorgen har ansvar for å redusere bruken av isolasjon og må sammen med helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten arbeide for å minske skadevirkningen av denne.

Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gjelder for innsatte som for andre innbyggere. En utfordring er imidlertid at ordinære spesialisthelsetjenester i helseforetak ofte ikke er tilgjengelige nok for innsatte. Blant annet blir polikliniske konsultasjoner utenfor fengsel ofte avlyst på grunn av manglende personell fra fengselet til å følge til time. I fengsler med høyt sikkerhetsnivå må innsatte av sikkerhetshensyn framstilles til behandling med 2 fengselsbetjenter som er ressurskrevende. Ordinære spesialisthelsetjenester har heller ikke alltid tilstrekkelig kompetanse knyttet til særegne forhold som påvirker innsattes psykiske helse og livsvilkår.

Helsehjelp til innsatte må derfor tilpasses fengselet som arena og de rammebetingelsene som gjør seg gjeldende der. En måte å løse dette på er å gi stedlige tjenester inne i fengselet og sikre at behandlende personell har nødvendig kompetanse til å møte helseutfordringene til innsatte.

Opprinnelig har stedlige tjenester innen psykisk helsevern (PHV) blitt etablert i store fengsler med tilknytning til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen, Trondheim (SIFER) basert på øremerke statstilskudd. Enkelte andre større fengsler har fått stedlig tjenester innen PHV finansiert gjennom basisrammen til de regionale helseforetakene basert på godt samarbeid mellom etatene regionalt og lokalt.

Når det gjelder stedlige tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) så har dette vært etablert i de 18 fengslene med Rusmestringsenhet eller Stifinner-tilbud i all hovedsak basert på øremerkede statstilskudd. Behandlingstilbudene har vært initiert av Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Innsatte i øvrige fengsel er gitt helsehjelp ved behov, fra poliklinikk i helseforetaket på lik linje som andre innbyggere i helseregionen.

1.4 Planprosess

Denne planen er utarbeidet i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene, Kriminalomsorgsdirektoratet, kriminalomsorgsregionene, kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) og Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB). Det har vært flere digitale møter og utveksling og innspill per e-post. Helse Vest RHF har koordinert arbeidet.

I planprosessen er det gjennomført en oppdatert kartlegging av eksisterende tjenester som viser at det allerede flere steder er foretatt en styrking av tjenestene (vedlegg 1). Videre er det utarbeidet en oversikt over planlagt styrking av tjenestene der stillinger er utlyst eller budsjett er styrket for 2021 (kapittel 3).

Det er gjennomført en sammenligning av tjenester nasjonalt som vil gi et grunnlag for dimensjonering av tjenester i planprosessen.

Kontorsituasjonen for behandlere fra helseforetakene i fengslene er kartlagt.

Kompetansemiljøene har beskrevet en skisse for kompetanseheving og fagutvikling.

Det er videre presisert prinsipper for etablering av nye tjenester fra PHV og TSB til innsatte, og for styrking av eksisterende tjenester.

Planen består av fem kapitler og tre vedlegg:

Kapittel 1) omhandler oppdraget og bakgrunn for oppdraget, planprosess og hovedprinsipp som skal ligge til grunn for etablering av behandlingstjenester i fengsel.

Kapittel 2) beskriver hva områdefunksjon er, hva som er hovedanbefalingene og hvilke forventninger som ligger til områdefunksjon.

Kapittel 3) beskriver hvilke konkrete planer hvert RHF har i for bindelse med etablering av områdefunksjoner.

Kapittel 4) omhandler SIFER og NK-TSB sine planer for kompetanseheving.

Kapittel 5) avslutning med forslag til oppfølging.

Tre vedlegg:

1) En tabell-oversikt over alle fengslene i landet, antallet innsatte og stedlige spesialisthelsetjenester i hvert fengsel per desember 2020. Avsatte midler for styrking av tilbudet i 2021 er ikke tatt med i denne oversikten da det i noen tilfelle ikke er besluttet hvordan disse midlene vil bli fordelt.
2) Rapport fra SIFER: Områdefunksjoner for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, 12. januar 2018
3) Helsedirektoratets anbefalinger, brev av 19. mars 2018

1.5 Prinsipp som ligger til grunn for å etablere områdefunksjon

Det foreslås i planen at etablering av nye behandlingstjenester til innsatte, eller styrking av eksisterende tjenester bør utformes på grunnlag av følgende prinsipper:

1. Et overordnet mål er å sikre likeverdige tjenester til innsatte. Likeverdige tjenester betyr at alle innsatte har tilgang til tjenester av god kvalitet. Dette skal sikres ved stedlige tjenester i alle fengsler, som er tilstrekkelig dimensjonert og med god kompetanse.

2. De stedlige tjenestene kan organiseres som poliklinikk lokalisert i fengslene, eller polikliniske tjenester (team) som reiser ut til fengslene. Stedlige tjenester gir økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester både ved pasientbehandling og nærhet til andre samarbeidspartnere. Tjenestene må være av et omfang som også

muliggjør god samhandling med Kriminalomsorgen og andre samarbeidspartnere, i tillegg til kliniske oppgaver. Stedlige tjenester kan suppleres med digitale tjenester både til behandling, veiledning og samarbeid.

3. Spesialisthelsetjenestene må være dimensjonert med tanke på antall innsatte, type soning og sikkerhetsnivå. Både fengsler med høyt og lavt sikkerhetsnivå vil ha behov for stedlige spesialisthelsetjenester. Innsatte i fengsler med lavt sikkerhetsnivå har til en viss grad mulighet til å benytte helsetjenester utenfor fengsel. Erfaring tilsier at det er størst behov for helsetjenester i fengsel med høy sikkerhet, stor andel av varetekts-innsatte og forvaringsdømte.

4. Tjenestene må sikres tilstrekkelig kompetanse. Antall fagstillinger, tverrfaglighet, forutsigbar finansiering og organisering, og en viss størrelse på fagmiljø vil kunne bidra til dette. I tillegg vil det være sentralt at det tilbys kompetansehevning fra kompetansemiljøer f.eks. gjennom kurs og fagnettverk.

5. Én enhet (eventuelt en enhet for PHV og en enhet for TSB) i helseforetaket bør ha ansvaret for spesialisthelsetjenester i de respektive fagområder som skal leveres. Dersom det er flere fengsler i opptaksområdet for et helseforetak bør det vurderes om samme enhet(er) kan ha ansvaret for spesialisthelsetjenester til alle fengslene. Hovedhensikten med dette prinsippet er å etablere robuste fagmiljø med faste behandlere som kan delta i faglige nettverk. Det anbefales at helseforetakene bygger videre på allerede etablerte fagmiljø der dette finnes, men samle kompetansen i størst mulig grad.

6. Dersom det er flere fengsler i opptaksområdet for et helseforetak bør det i en oppbyggingsfase først prioriteres tjenester til større fengsler og fengsler med høyere sikkerhetsnivå. Erfaringsmessig vil innsatte der det er stor bekymring rundt psykisk helse eller stort behandlingsbehov flyttes til disse fengslene.

Helseforetakene bør samarbeide med kriminalomsorgen i planleggingen av områdefunksjonen og i oppbyggingen av tjenestene.

2. HVA ER OMRÅDEFUNKSJON?

2.1 Bakgrunn for områdefunksjon

Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet utarbeidet i 2016 rapporten "Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/ eller rusmiddelproblemer". Rapporten beskriver helsehjelpen fra psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som gis til innsatte på landsbasis. Rapporten peker på at tilbudet er svært ulikt organisert og det vurderes at mulighetene for likeverdige behandlingstilbud er begrensede.

SIFER fikk etter søknad oppdrag og midler fra Helsedirektoratet om et felles nasjonalt prosjekt - «Områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer» - i oktober 2016.

SIFER utarbeidet rapporten *Områdefunksjoner for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, 12. januar 2018*, vedlagt.

2.2 Hovedanbefalinger i rapporten om områdefunksjon

Områdefunksjon innebærer følgende:

- At spesialisthelsetjenesten (PHV og TSB) er tilgjengelig til faste tider i fengsel
- At spesialisthelsetjenesten er fysisk tilstede i tilstrekkelig grad til å yte nødvendig helsehjelp (PHV og TSB) til innsatte og ha godt samarbeid med andre etater
- At spesialisthelsetjenesten har fast behandlende personell i fengselet, dette for å sikre at behandlende personell har nødvendig kompetanse om særlige forhold som soning medfører for den innsatte (isolasjon mm)
- At spesialisthelsetjenesten innehar nødvendig kompetanse i tråd med forventninger beskrevet i rapport om områdefunksjon
- At spesialisthelsetjenesten deltar i nettverk for kompetanseheving
- At også den kommunale helsetjenesten i fengslene og fengselsansatte deltar i opplæring.
- Områdefunksjonen foreslås opprettet med utgangspunkt i opptaksområdene for helseforetakene. Dette innebærer at det for de fleste helseforetak vil være én enhet som har ansvaret for fengslene i opptaksområdet.

Det forslås i rapporten at prioriterte områder for kompetanseheving i områdefunksjon PHV bør være psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser, selvmord og selvmordsatferd, og tvangsmidler. Det er planlagt utarbeidet egne veiledere for disse områdene. For TSB trekkes frem avhengighet av anabole steroider som et prioritert område.

Opprinnelig, i beskrivelser av områdefunksjon, var også helsehjelp til seksuallovbruddsdømte et av de prioriterte områdene for kompetanseheving. Kompetansehevende tiltak om seksuell overgrepsproblematikk er styrket gjennom regjeringens satsing på BASIS, behandlingstilbud til seksuallovbruddsdømte, og gjennom «Det finnes hjelp» nettside og behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep. Disse tilbudene er ikke videre omtalt i denne planen. Helsepersonell i fengselet som er knyttet til denne satsingen beregnes som hovedsak ikke inn i planer for områdefunksjon, men enkelte steder har helsepersonell delte stillinger og er knyttet til både BASIS og andre behandlingstilbud i fengsel.

Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø (SIFER-nettverket), Nasjonal kompetansetjeneste for TSB og andre relevante fagmiljøer skal bidra i kompetanseheving tilknyttet områdefunksjonen.

2.3 Forventninger til helsetjenestene og til KDI

Det forventes at helsetjenestene legger rapporten om områdefunksjon til grunn i etablering av områdefunksjon. Etablering av områdefunksjon i alle fengsler vil bety en styrking av ressurser til helsehjelp i flere fengsel. Rapporten fra SIFER-nettverket fra 2018 om områdefunksjon, anslår et økt ressursbehov for helsetjenester i fengsel på 45-50 mill. kroner per år, (25-30 mill. kroner for PHV og 20 mill. kroner for TSB). Kostnadene er beregnet med utgangspunkt i eksisterende tjenester ved to fengsler som ble vurdert å være av god kvalitet. Rapporten konstaterte at det for de fleste foretakene var behov for en styrking av tilbudet.

Det er forventninger om at det etableres faste stedlige tjenester. Som hovedregel innebærer faste stedlige tjenester fysisk tilstedeværelse av helsepersonell. Det skal være forutsigbart når helsepersonellet er tilstede. I tillegg til å yte helsehjelp til innsatte skal også helsepersonell ha tilstrekkelig tid til samarbeid med Kriminalomsorgen og andre stedlige etater i fengsel. Stedlige tjenester kan også kombineres med at helsepersonell er tilgjengelig på Skype/video/digitale flater til faste tider

Faste stedlige tjenester må ses i sammenheng med andre faste helsetilbud i fengsel som tilbud til seksuallovbruddsdømte BASIS (i hver region), Rusmestringsenhetene og Stifinner-enhetene (totalt 18 enheter). De 13 Rusmestringsenhetene er imidlertid et øremerket tilbud i spesialavdelinger og er begrenset til å omfatte noen få innsatte som selv søker seg inn. Det ble opprettet egne enheter i 3 fengsler i 2017 med inspirasjon fra Stifinnern som har vært drevet i Oslo fengsel og Bredtveit i mange år. Disse nye enhetene er bemannet opp og vil være relevant å regne med til flere innsatte med behov for tjenester innen TSB. I tillegg til helsetjenester for innsatte i fengselets rammer kommer også muligheten for soning i helseinstitusjon jf. straffegjennomføringsloven § 12, hvor også TSB behandling gjennomføres og tilbys.

Det forventes at det er faste medarbeidere som tilbyr helsetjenester i fengsel. Dette for å kunne bygge nødvendig kompetanse og sikre kontinuitet.

Kriminalomsorgen skal gjennom samarbeid med andre offentlige etater tilrettelegge for at innsatte får de tjenester som lovgivningen gir dem rett til, jf. straffegjennomførings-loven § 4. Kriminalomsorgens ansvar i samarbeidet med den stedlige spesialisthelsetjenesten for PHV og TSB er å sikre egnede lokaler og utstyr, og tilrettelegge for samarbeidet ved tverrfaglige koordineringsmøter i fengselet.

Det forventes at alt personell i fengsel, deltar i kompetansebygging og nettverk som tilbys av SIFER, NK-TSB, Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssenter (KRUS) og andre relevante fagmiljø.

KRUS tilbyr fengselsansatte blant annet opplæring i russamtaler, ruskontroll, psykiske lidelser og tiltak for å redusere overdoser ved løslatelse. Denne form for kompetanse tilpasset fengselsansattes rolle er viktig for å sikre et godt samarbeid med den stedlige spesialisthelsetjenesten.

3. KONKRET PLAN FOR OMRÅDEFUNKSJON

Under presenteres eksisterende helsetjenester ved fengslene og status for arbeidet med å etablere områdefunksjon i hver region.

Det forventes at nærmere utforming av tjenestene skjer i et samarbeid lokalt mellom helseforetaket og kriminalomsorgen. Det vil kunne variere helseforetakene imellom om det etableres egne områdefunksjoner for TSB og PHV eller om fagområdene samles i en enhet.

Det foregår prosesser i alle RHF for å forberede oppdraget for 2021 om å etablere områdefunksjon i tråd med konkrete planer. Alle RHF har styrket helseforetakene på dette området med følgende budsjettmidler for 2021:

RHF	Midler avsatt i tidsrommet 2018 -2020	Midler avsatt i 2021	Total styrking etter områdefunksjon-rapporten
Helse Vest RHF		Kr. 4, 6 mill.	Kr. 4, 6 mill.
Helse Midt-Norge RHF	Kr. 2, 9 mill.	videreført	Kr. 4, 1 mill.
Helse Nord RHF		Kr. 5 mill.	Kr. 5 mill.
Helse Sør-Øst RHF	Kr. 16, 4 mill.	Kr. 10 mill.	Kr. 26, 4 mill.
SUM	Kr. 19, 3 mill.	Kr. 19, 6 mill.	Kr. 38, 9 mill.

Helse Midt-Norge bevilget 2, 1 mill. kroner fra basisramme til styring av psykisk helseverntjenester i fengsel i 2018 og styrket TSB tjenester i fengsel i perioden 2018 – 2020 med omlag 0,8 mill. kroner fra basisrammen.

Helse Sør-Øst har styrket helsetjenester i fengsel fra sin basisramme i tidsrommet 2018-2020, i perioden etter at rapport om områdefunksjon ble skrevet, med tilsammen 16, 4 mill. kroner.

Midlene er fordelt til Sykehuset Østfold HF (kr. 4, 7 mill. kr), Akershus universitetssykehus (kr. 2, 6 mill.), Sørlandet sykehus HF (kr. 8, 5 mill.) og ekstra tilskudd til helsetjenester i Eidsberg fengsel (kr. 0,6 mill.).

Midlene er i stor grad benyttet til spesialisthelsetjenester ved etablering av nye fengsler /fengselsavdelinger med høyt sikkerhetsnivå ved Agder fengsel, Romerike fengsel avd. Ullersmo og Indre Østfold fengsel, avd. Eidsberg.

I perioden fra 2018-2020 har den nasjonale fengselskapasiteten øket med 170 fengselsplasser. Samtidig har lengden på fengselsopphold øket i perioden. Den gjennomsnittlige fengselsdommen og videreføring av dom etter varetekt, har øket fra 250 dager i 2018 til 335 dager i 2020. Ande endringer over noe lengre tid, er at de aller fleste korte dommer på inntil 4 måneder som tidligere ble gjennomført i fengsel, nå gjennomføres ved straffegjennomføring i samfunnet og oppfølging av friomsorgskontorene.

3.1 Helse Vest RHF

Helse Vest RHF har fire helseforetak. Det er faste stedlige tjenester i fengsel i området til Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og Helse Førde HF. Dette mangler i Helse Fonna HF. Det er lagt opp til styrking i alle helseforetak i Helse Vest RHF.

3.1.1 Helse Førde HF

I dette området finnes et fengsel, Vik fengsel med 39 plasser. Indre Sogn psykiatrisenter ivaretar områdefunksjon og stedlige tjenester. Avstand mellom behandlende enhet og fengsel er ca. 5 mil pluss en kort fergetur, totalt ca. 1, 5 times reisetid. Her har det vært etablert stedlige tjenester månedlig i fengselet.

I 2021 vil Helse Førde styrke stedlige tjenester med kr. 0,8 mill. fordelt på ressurs til TSB og til psykolog/ psykologspesialist PHV. Dette vil innebære bedre tilgjengelighet. Når det er formålstjenlig vil helsehjelpen ytes digitalt.

3.1.2 Helse Bergen HF

I dette området har kriminalomsorgen tre/fire enheter, Bergen fengsel (235 plasser), Bjørgvin fengsel (90 plasser), Bjørgvin fengsel ungdomsenheten (4 plasser) og Lyderhorn overgangsbolig.

Helse Bergen HF har gjennom klinikk for sikkerhetspsykiatri en psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, seksjon fengselshelse tjeneste, lokalisert i fengselet. Seksjonen leverer tjenester til alle fengslene og består av 7,7 psykologårsverk og 1,1 psykiaterårsverk. I tillegg har avdeling for rusmedisin et tverrfaglig team innen rusenheten i Bjørgvin fengsel; Stifinnertiltaket (1,5 årsverk), og skal i 2021 bygge opp et eget avrusingstilbud i Bjørgvin.

Det er et tett og forpliktende samarbeid mellom klinikk for sikkerhet, avdeling for rusmedisin, fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen sine enheter. Det samme er tilfellet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten i fengselet, blant annet gjennom faste møteplasser.

I 2021 vil det bli satt inn forsterket tiltak (spesialiststilling for lege/ psykolog) mot de mest krevende innsatte, innsatte som har utfordringer på flere felt og hvor isolasjonsproblematikk og mangel på aktiviteter forsterker utfordringene.

Lokaler: lokalene som er stilt til disposisjon for spesialisthelsetjenesten ikke er i tråd med krav som stilles til denne type virksomhet. Dette har vært drøftet med kriminalomsorgen over lang tid og begge parter har en felles vurdering av behov. Det forventes at nødvendige tiltak kommer på plass. Det er under arbeid et bygg knyttet til avrusingsfunksjon, men det er uvisst om dette bygget også kan ivareta flere funksjoner.

3.1.3 Helse Fonna HF

I dette området finnes to fengsel, Sandeid (lavsikkerhetsfengsel med 88 plasser) og Haugesund (høysikkerhet (varetekt) med 18 plasser). Det er 6 mils avstand mellom fengslene. Det har ikke vært etablert faste stedlige tjenester i disse fengslene tidligere.

For begge lokalitetene er det satt sammen et tverrpoliklinisk team med helsepersonell som har kompetanse og erfaring innen psykisk helsevern og TSB (inkludert LAR).

I 2021 vil det utlyses en stilling som overlege/psykologspesialist til områdefunksjonen.

I tillegg planlegger Haugaland DPS for faste stedlige tjenester i Haugesund fengsel med både psykologspesialist/overlege (ukentlig 10 % stilling) og høyskoleutdannet behandler TSB (ukentlig 10 % stilling).

For Sandeid Fengsel planlegges faste stedlige tjenester med psykologspesialist/overlege (ukentlig 20 % stilling) og høyskoleutdannet behandler TSB (ukentlig 20 % stilling). I tillegg lege i spesialisering som er tilgjengelig hver 14 dag, og personell fra en lokal rusbehandlingsenhet i helseforetaket (10 % stilling) for tidlig å fange opp pasienter som kan være i behov av langtids rusrehabilitering.

Kriminalomsorgens kommentarer til planer for styrking av helsetjenester er at ressurser bør samles til ett miljø (et DPS) for å kunne øke stillingsprosenter, blir mer robuste og oppnå en bedre kompetanse og tilknytning til Kriminalomsorgen.

Lokaler: spesialisthelsetjenestens planer for økt tilstedeværelse i fengsel forutsetter at det blir stilt tilfredsstillende lokaler til rådighet.

3.1.4 Helse Stavanger HF

I dette område er det to fengsler: Åna med 164 plasser og Stavanger fengsel med 68 plasser. Det gis ulike stedlige tilbud til innsatte her.

Innen psykisk helsevern finnes i dag 20 % psykologstilling og 30 % psykiater i Stavanger fengsel. Ved Åna er det 130 % psykologstilling, 50 % psykiater og 50 % vakant i poliklinikk, tilsammen 230 %.

Innen TSB har LAR poliklinikk fast tilstedeværelse en dag hver andre uke på Åna. I tillegg supplerer helseforetaket med lege og psykolog ved behov. Ansvaret for å følge opp «ordinære» polikliniske pasienter ligger til RUPO, en poliklinikk i Sandnes, Obs-teamet (ambulant-team) eller Rogaland a-senter.

I Stavanger fengsel er det de nevnte avdelingene som leverer helsehjelp avhengig av den innsattes bosted/alder. Stavanger fengsel har også rusmestringsenhet som driftes i

samarbeid med RUPO Sandnes, (100 % psykologstilling og overlege en halv dag i måneden).

Planlagt styring i 2021: 2 årsverk fordelt mellom PHV og TSB (psykolog i psykisk helsevern og en psykolog i TSB). Det vil også være en ambisjon for Helse Stavanger HF at de i større grad greier å samkjøre ressursene som brukes i fengslene, slik at en ikke gir parallelle tilbud for psykiske lidelser og rusproblemer, men samtidige og integrerte tjenester. Det er også ambisjoner om å styrke kvinners helse.

Kriminalomsorgen kommenterer at de har positiv erfaring, både relatert til samhandling og kompetansebygging, med at PHV ressursene fra Helse Stavanger betjener begge fengsel. De ønsker at denne praksisen gjennomføres også for tiltenkt styrking.

3.1.5 Vurdering Helse Vest RHF

Helsetjenester i fengsel i Helse Bergen ble i rapporten om områdefunksjon brukt som eksempel på et område med gode tjenester. Det vurderes at planlagt styrking i Helse Førde og Helse Fonna er en god start men det må vurderes etterhvert om nivået er tilstrekkelig. Det er positivt at det planlegges for tverrpolikliniske team. Ideelt så burde en områdefunksjon betjene begge fengsel i Helse Fonna, men pga. lang avstand mellom fengslene så kan det praktisk være vanskelig å gjennomføre og innebære mange timer til bilkjøring? Helse Stavanger planlegger å styrke allerede eksisterende tjenester i fengsel. Med fordel kunne Helse Stavanger samle oppfølging av innsatte på færre enheter innen TSB for å sikre at områdefunksjon blir et robust tverrfaglig fagmiljø med faste medarbeidere som kan delta i nettverk. Det vurderes at alle helseforetakene bør følges opp ihht. oppfølgingspunktene foreslått i kapittel 5.

3.2 Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF har tre helseforetak: St Olavs hospital, Helse Nord Trøndelag og Helse Møre og Romsdal. Det er fengsler i hvert av foretaksområdene og faste stedlige tjenester innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 3 av de 4 fengslene.

Helseforetakene fikk noe ekstra midler i 2017-2019 til styrking av TSB stillinger i rusmestringsenhetene ved Hustad og Trondheim fengsel avdeling Leira (ca. 800 000 kroner), og etablerte Stifinner enhet (egen øremerket finansiering fra HOD) i Trondheim fengsel avdeling Nermarka. Disse tjenestene har stedlige tjenester og faste dager i fengslet. I perioden 2018 -2020 ble det gitt 2,1 mill. kroner til styrking av psykisk helsevern i helseregionens fengsler. I dette oppdraget ble flere stillingsandeler med stedlig tjeneste styrket. Beløpet videreføres i 2021. Det er et mål å etablere områdefunksjon med stedlig tjeneste i Ålesund fengsel i løpet av året og styrke det eksisterende tjenestetilbudet i tråd med vurdert behov.

3.2.1 Møre og Romsdal HF

I dette opptaksområde ligger Hustad og Ålesund fengsler. Hustad fengsel har 60 plasser hvorav 28 plasser høy sikkerhet og 32 plasser lavere sikkerhet. Ålesund fengsel har 27 plasser og er et høysikkerhetsfengsel. Stedlige tjenester innen TSB og PHV er samlet ved Hustad fengsel. Det er så langt ingen stedlig tjeneste ved Ålesund fengsel.

Hustad fengsel ligger i Hustadvika kommune, med omtrent 40 minutter kjøretid til Molde DPS og noe lenger kjøretid til Molde behandlingssenter (TSB). Ålesund fengsel har relativt kort avstand til både DPS og Ålesund behandlingssenter.

Hustad fengsel har stedlig tjeneste i psykisk helsevern.

Det er etablert et utviklingsprosjekt «Stedlig spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern i Hustad fengsel» forankret i DPS Nordmøre og Romsdal, og inkluderer samarbeid med DPS Sunnmøre, Kriminalomsorgen region Vest og fengselsledelse ved Hustad fengsel. Prosjektet skal prøve ut en modell med tverrfaglig team, samlet 60% stillings ressurs, fordelt på psykolog og sosionom, med faste ukentlige oppmøter i Hustad fengsel. Det planlegges evaluering av prosjektarbeidet i mai og oktober 2021.

Det er i prosjektperioden ikke egen stilling i Ålesund fengsel, men poliklinikk psykisk helse DPS Ålesund tar imot, og håndterer gjennom «aksjonspoliklinikk», henvisninger som kommer fra helsetjenesten i fengselet.

Vurdering Helse Møre og Romsdal HF:
Styrking av nåværende tjenester i Hustad fengsel vil avklares gjennom pågående utviklingsprosjekt fra DPS Molde som avsluttes høsten 2021. Stedlig tjeneste i Ålesund fengsel vil etableres i løpet av året. Teammodellen er et av alternativene som vurderes nærmere og som vil innvirke på organisering av stedlig tjeneste ved Ålesund fengsel.

3.2.2 Helse Nord Trøndelag HF

I dette området ligger Verdal fengsel med 60 plasser med lavere sikkerhetsnivå, for menn. Helseforetaket er tildelt 0,5 mill. kroner for styrking av psykisk helsevern. Helse Nord Trøndelag har hatt stedlig tjeneste ved fengslet siden 2019 med 20 % psykologspesialist innen psykisk helsevern og 20 % psykologstilling innen TSB.

I 2021 skal Helse Nord Trøndelag HF styrke tjenesten med ytterligere 20 % årsverk innen psykisk helsevern. Kompetanseressurs for styrkingen avklares våren 2021.

Vurdering Helse Nord-Trøndelag HF:
Målgruppen i fengslet har gradvis endret seg de siste årene fra personer som tidligere i hovedsak ble dømt for ruspåvirket kjøring til i dag med flere innsatte på lengre dommer og der flere har større kompleksitet knyttet til psykisk helse og/eller rus. Dette har ført til økt behov for helsetjenester i fengslet. Samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er under utvikling og ressursbruk innen helsetjenester i fengslet benyttes systematisk med faste dager for stedlig tjeneste både for TSB og

psykisk helsevern. Styrkingen anses fortsatt lav til moderat og ytterligere styrking i 2021 er under vurdering.
Kriminalomsorgen vurderer om Verdal at 40 % PHV +20 % TSB-ressurs er for lite for å oppnå tilstrekkelig med kontinuitet i pasientbehandlinga og god koordinering.

3.2.3 St. Olavs hospital HF

Trondheim fengsel ligger i St Olavs hospital HF sitt opptaksområde, og består av tre avdelinger der hovedavdelingen Nermarka har høyt sikkerhetsnivå og en kapasitet på 155 plasser. Avdelingen har egne seksjoner for varetekt, dom, forvaring, rus og kvinner. Avdeling Leira og avdeling Kongensgate har lavt sikkerhetsnivå med 31 og 10 plasser.

Trondheim fengsel har faste stedlige tjenester både innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i tillegg til russeksjon (Stifinner-enhet). St. Olavs Hospital HF har gjennom avdeling Brøset en fengselspoliklinikk og behandling av seksuallovbruddsdømte i spesialisthelsetjenesten (BASIS). Seksjonen leverer tjenester til alle avdelingene i Trondheim fengsel.

Psykisk helsevern
St. Olavs hospital er tildelt 0,8 mill. kroner for psykisk helsevern. Psykisk helsevern voksne har stedlig tjeneste med 60% psykologspesialist og 40% spesialist i psykiatri knyttet til fengselspoliklinikk. BASIS-prosjektet har i tillegg 2x 100% psykologressurs i Trondheim fengsel.

TSB
Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin (videre kalt rusklinikken) og Trondheim fengsel avdeling Nermarka, etablerte i 2017 et samarbeid knyttet til planlegging og etablering av en egen russeksjon i fengselet. I prosjektperioden 2017-2019 er det etablert et behandlingstilbud for innsatte som ønsker behandling for sin rusavhengighet. Tiltaket drives i fellesskap av ansatte ved klinikken og fengselet, hvor klinikken anvender om lag 50 % stillingsressurs i stedlig tjeneste. Tiltaket innebærer fysisk tilstedeværelse 2-3 ganger i uken hvor det drives gruppebehandling. I tillegg har ruspoliklinikken ukentlig stedlig tjeneste i fengslet knyttet til poliklinisk behandling av innsatte som er vurdert å ha rett til helsehjelp. Innsatte kvinner har eget tilbud knyttet til oppfølging av kvinnehelse. Rusklinikken har egen gynekolog som tar imot innsatte kvinner til undersøkelse og oppfølging (ikke stedlig tjenestene, kvinnene må fremstilles).

Trondheim fengsel, avdeling Leira
Det ble for flere år tilbake etablert en egen rusmestringsenhet, hvor Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin har avsatt 1 x 100 % psykologstilling som skal bidra til behandling av innsatte med avhengighetsproblematikk. Psykologen har sitt arbeidssted med lokasjon på Leira, men er organisatorisk en del av klinikk for rus og avhengighetsmedisin.

Trondheim fengsel avdeling Kongens gate

I Trondheim fengsel avdeling Kongens gate tilbys rusbehandling til innsatte som er vurdert å ha rett til helsehjelp. Det er ingen fast stedlig tjeneste innen TSB eller psykisk helsevern ved denne avdelingen.

Lokaler
Trondheim fengsel er under ombygging. For psykisk helsevern er det for tiden ett til to midlertidig(e) kontorer tilgjengelig. Etter ombygging av Trondheim fengsel vil det fortsatt være 3 faste kontorer tilgjengelig for både fengselspoliklinikk og BASIS-tilbudet. Psykisk helsevern har bedt om sambruk av fasilitetene sammen med fengselshelsetjenesten, all den tid også tilbudet for seksuallovbruddsdømte (BASIS), med 2 fulltidsansatte, krever kontorer. Om dette vil være tilstrekkelig avhenger av god organisering av tjenestene framover etter at lokalene er tatt i bruk.

Vurdering St. Olavs hospital HF
Det er over år gradvis utviklet tjenester innen PHV og TSB i Trondheim fengsel med stedlig tjenester. Russeksjonen er godt etablert og Basis prosjektet er nylig opprettet. Psykologdekningen er vurdert som moderat i henhold til områdefunksjon og Sifer sin modell for størrelse antall årsverk pr. antall innsatte.
Fengselstjenesten, den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen PHV og TSB samarbeider for å kunne gi et helhetlig og robust tilbud.

Kriminalomsorgen vurderer at eksisterende helsetjenester innen PHV i Trondheim fengsel er for lavt og kommenterer at fengselet har mye varetektsfengsling, med all den akutte psykisk helseproblematikk dette innebærer. Fengselet har også den eneste kvinneavdelingen på høy sikkerhet i Trøndelag og Nord-Norge

Tilbudet innen psykisk helsevern ved Trondheim fengsel avdeling Nermarka, kan vurderes som noe lavt i forhold til dekning av 155 innsatte dersom Basis og russeksjonen holdes utenfor. Eventuell videre styrking av tjenester innen psykisk helsevern må utredes våren 2021.

Ressursbehov innen TSB er avstemt med ledelse ved Trondheim fengsel og er vurdert å være god.

3.3 Helse Nord RHF
Helse Nord RHF har fire sykehusforetak: Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmarkssykehuset. Det er fengsler i hvert av foretaksområdene. Det har ikke vært gjennomført større endringer av spesialisthelsetilbudene i fengslene i 2020. Det regionale kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri er i gang med et samarbeid med helseforetakene for å utrede og beskrive nødvendige tiltak for å etablere en områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB for innsette.

Helse Nord har satt av 5 millioner til å styrke det samlede behandlingstilbudet til innsatte i regionen. En konkret plan for hvordan regionen skal etablere tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å yte gode helsetjenester innen psykisk helsevern og TSB på spesialisthelsetjenestenivå vil bli utformet i februar 2021. På bakgrunn av dette er det ikke lagt inn anbefaling under hvert sykehusområde under.

Kriminalomsorgen region nord anbefaler en betydelig styrking i Vadsø, Bodø og Tromsø fengsel, en moderat styrking i Mosjøen fengsel og ingen i Fauske.

3.3.1 Helgelandssykehuset HF

I Helgelandssykehusets opptaksområde er det ett fengsel i Mosjøen med 15 plasser på høy sikkerhet. Det er kort avstand mellom fengsel og sykehusenhet i Mosjøen. Helgelandssykehuset har ingen egen stilling avsatt for å yte tjenester i fengselet. Tilbudet ytes i dag ved at ansatte i voksenpsykiatrisk poliklinikk tilbyr spesialisthelsetjenester til innsatte i Mosjøen fengsel ved behov. Psykiater eller annen behandler fra VOP møter den innsatte i fengslet og følger opp den innsatte med samtaler og vurdering av behov for medisinering.

3.3.2 Nordlandssykehuset HF

I Nordlandssykehusets opptaksområde er det ett fengsel, med avdelinger i Bodø og Fauske. I Bodø er det 56 plasser på høy sikkerhet og 12 plasser på lav sikkerhet. På Fauske er det 18 plasser på lav sikkerhet. Innsatte på lav sikkerhet møter til timer hos den lokale poliklinikken. Det er kort avstand mellom fengsel og sykehusenhet på begge steder. Utredning og behandling av innsatte på høy sikkerhet foregår i dag i Bodø fengsel, som en stedlig tjeneste. Det er 20 % psykologspesialist ansatt i psykisk helsevern og 20 % psykolog fra TSB.

3.3.3 Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

I Universitetssykehuset i Nord-Norges opptaksområde er det ett fengsel i Tromsø med 39 plasser på høy sikkerhet og 20 plasser på lav sikkerhet. Det er kort avstand mellom fengsel og sykehusenhet i Tromsø. Utredning og behandling av innsatte på foregår som hovedregel i fengslet, som en stedlig tjeneste. Det er 20 % psykolog/psykologspesialist ansatt i psykisk helsevern og 100 % psykologspesialist fra rusavdelingen.

3.3.4 Finnmarkssykehuset HF

I Finnmarkssykehusets opptaksområde er det ett fengsel i Vadsø med 33 plasser på høy sikkerhet og 6 plasser på lav sikkerhet. Fengslet er under rehabilitering og vil øke kapasiteten til 36 plasser på høy sikkerhet og samlet 42 plasser etter rehabiliteringen. Nærmeste sykehus er Kirkenes sykehus ca. 17 mil unna. Oppfølging av innsatte foregår som hovedregel i fengslet. Finnmarkssykehuset har i dag avsatt 15 % psykologspesialist/sykepleier for å følge opp utredning og behandling av innsatte med behov for psykisk helsehjelp eller rusbehandling.

3.4 Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har åtte helseforetak med opptaksområdeansvar som har ansvar for tilsammen 30 fengsler. Mange av fengslene er høysikkerhetsfengsler og har derved en mer belastet populasjon innsatte med høyere sykelighet enn innsatte i de andre helseregionene.

Det er faste stedlige tjenester fra ett eller begge fagområder i de fleste fengsel innenfor opptaksområdet til Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Østfold HF og Oslo universitetssykehus HF. Sykehuset Telemark HF har stedlige tjenester fra begge fagområder i ett av to fengsler, mens Sykehuset i Vestfold HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF har få eller ingen faste stedlige tjenester i fengslene i sitt opptaksområde. De helseforetakene uten faste stedlige tjenester gir hoveddelen av tilbudet fra sine ordinære polikliniske lokaler.

Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn for arbeidet med å etablere områdefunksjoner at det skal gjennomføres en trinnvis prosess over to år. Dette vil innebære en gradvis styrking av tjenestene. Denne fremgangsmåten ble valgt da det er store forskjellene mht. antall fengsler, sikkerhetsnivået ved fengslene, organiseringen av dagens tjenester og nivået på tjenestene. Det vil i løpet av 2021 bli gjennomført lokale planprosesser ved det enkelte helseforetak for å avklare hvordan områdefunksjonen skal uformes.

Det gis i det følgende en kort beskrivelse av tilbudene som i dag gis av det enkelte helseforetak til fengslene i opptaksområdet.

3.4.1 Sørlandet sykehus HF

Helseforetaket har ansvar for tre fengsler, alle med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 345 plasser. Helseforetaket har til sammen 2.2 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 2 årsverk innen TSB.

Agder fengsel består av 3 avdelinger i henholdsvis Froland, Mandal og Evje, hvorav sistnevnte er et rent kvinnefengsel. I tillegg følges pasienter ved Solholmen, som er en fri soning/overgangsbolig, opp av poliklinikkene der dette er vurdert som nødvendig.

Froland har 200 plasser, Mandal 100 plasser, Evje 30 plasser til kvinnelige domfelte. Det er 15 plasser på Solholmen.

Geografisk ligger fengslene plassert med svært variert avstand fra spesialisthelsetjenestens lokasjoner. Fengslene i Mandal og Froland ligger med om lag 15 minutters kjøretid fra de aktuelle DPS, mens det er noe lenger kjøretid fra Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) til fengselet i Mandal. Fengselet på Evje ligger med betraktelig lenger kjørevei – om lag 1 t og 20 min. til DPS Østre Agder.

Tjenestetilbudet fra spesialisthelsetjenesten er generelt styrket i løpet av det siste året som følge av økt ramme til helseforetaket på bakgrunn av synliggjort økt ressursbehov i forbindelse med etablering av nytt Agder fengsel.

Fra DPS Østre Agder, DPS Strømme og ARA poliklinikk er det dedikert følgende årsverk fra den allmennpsykiatriske helsetjenesten:

- 1x100% stilling psykologspesialist Froland og Evje fengsel, besatt.
- 1x50% stilling psykologspesialist Froland og Evje fengsel, innehar også koordinatorfunksjon på tvers av alle avdelingene i Agder fengsel, besatt.
- 1x50% stilling som psykologspesialist Froland og Evje fengsel, ARA allmenn poliklinikk, besatt (fra 01.01.21).
- 1x100 stilling psykolog for Mandal fengsel, stillingen er en delt stilling mellom DPS Strømme og ARA, besatt.
- 1x100% stilling psykiater for hele Agder fengsel, ikke besatt.

For øvrig har poliklinikkene pasienter i fengsel eller på Solholmen som har annen terapeut enn de som er dedikert til fengselet. I tillegg har ARA en stilling tilknyttet rusmestringsenheten i Evje, som også gjennomfører polikliniske samtaler.

I tillegg til ovennevnte stillinger vil det være 2 stillinger knyttet til BASIS i 2021, disse er ikke besatt pr i dag. BASIS er lokalisert til Froland fengsel med forståelse av at dette utvides til Evje fengsel når nødvendig kompetanse og erfaring er på plass i Froland.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen og kommunene

I forbindelse med etablering av nytt Agder fengsel har det siden 2018/2019 pågått et strukturert samarbeid mellom SSHF, Agder fengsel og de respektive vertskommunene. Arbeidet oppleves konstruktivt og godt, med stor grad av enighet, noe som virker å være en felles oppfatning både fra sykehusets og samarbeidspartnernes side. Uløste utfordringer per i dag gjelder primært praktisk utdeling av LAR-medisin. Tolkningen av utlevering av LAR i gjeldende veileder for fengselshelsetjenesten utarbeidet av Helsedirektoratet er ulik hos partene og utfordrer en praktisk løsning som alle kan være enige i.

3.4.2 Sykehuset Østfold HF

Sykehuset Østfold har ansvar for fem fengsler hvorav to har et høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 609 plasser. Helseforetaket har til sammen 11 stillinger som er øremerket ulike tjenester i fengslene, hvorav 6 har ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 4,5 har ansvar for psykisk helsevern inklusive BASIS og tilbudet til mindreårige innsatte.

Innenfor psykisk helsevern har DPS-Nordre Østfold faste stedlig tilbud ved begge avdelingene i Indre Østfold fengsel (avdeling Eidsberg og avdeling Trøgstad). DPS-Halden-Sarpsborg har ansvaret for psykisk helsevern ved Halden fengsel (avdeling Halden og avdeling Sarpsborg) og Østfold friomsorg og Ravneberg fengsel (kvinnefengsel). Tilbudet gis også her i form av fast stedlig tilsyn. BASIS er etablert ved Halden fengsel, og sykehuset har 2 stillinger knyttet til dette tilbudet. Tilbudet til

mindreårige innsatte ved indre Østfold fengsel avd. Eidsberg er under etablering og ivaretas av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Askim.

TSB-poliklinikk Sarpsborg har ansvar for rusmestringsenheter ved Halden fengsel (2stillinger), Ravneberget fengsel (1 stilling) og Indre Østfold fengsel avd. Trøgstad. Det er i tillegg et Stifinnerteam ved Indre Østfold fengsel avd. Eidsberg.

Tilbudet til de innsatte gis både i form av individuelle konsultasjoner og gruppebehandling. Konsultasjoner gjennomføres i all hovedsak i fengslenes lokaler som har grei standard. Innsatte som er inkludert i LAR ivaretas ved lokale TSB poliklinikker.

Det er korte avstander mellom de lokasjoner ved sykehuset som har ansvar for tilbudet og de fem fengslene.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen
Sykehuset har egne samarbeidsavtaler med involverte kommuner, Kriminalomsorgen og fengslene, samarbeidet er godt. Sykehuset har en intern nettverksgruppe for medarbeidere i fengslene for drøfting og diskusjon av felles utfordringer, forbedringstiltak, kunnskapsoverføring og gjensidig kollegial støtte.»

3.4.3 Sykehuset i Vestfold HF

Helseforetaket har ansvar for fem fengsler hvorav tre med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 257 plasser. Helseforetaket har til sammen 0.1 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 0.8 årsverk innen TSB.

PHV v/DPS Vestfold har ikke øremerket helsepersonell i fengslene. Henviste pasienter rettighetsvurdert iht. prioriteringsveilederen. Den enkelte pasient får tildelt behandler avhengig av problemstilling. Pasientbehandling skjer ved DPS-et som fremstilling eller i fengselet.

Ved behov for akutt helsehjelp kan ambulant akutt-team kontaktes.

TSB gir tilbud fra Avdeling rus og avhengighet. Avdelingen har øremerket tilgjengelig personell kun i Bastøy fengsel. Det er psykologspesialist/psykolog tilsatt i rusmestringsenheten der. Ved de øvrig fengslene gis behandling ambulant eller ved fremstilling.

Det planlegges ikke endring i tjenestetilbudet.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen
Samarbeidet med kriminalomsorgen vurderes som godt.
Det er varierende grad av egnethet på lokaliteter i fengslene generelt. Det er små besøksrom.

Kriminalomsorgens vurdering er at det er spesielt Sem fengsel som har behov for økt bistand innen PHV. Fengslet tar imot mange varetektsinnsatte med psykiske utfordringer og påfølgende isolasjonsproblematikk, herunder selvisolasjon.

Søndre Vestfold fengsel, Larvik avdeling har en målgruppe på innsatte mellom 18-25 år. Mange av disse har sammensatte utfordringer som tilsier en økt tilstedværelse fra PHV.

Bastøy fengsel har 125 innsatte hvorav et betydelig antall har psykiske utfordringer. Også her vurderer Kriminalomsorgen at det er behov for en styrking.

3.4.4 Sykehuset Telemark HF

Helseforetaket har ansvar for to fengsler som begge har høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 100 plasser. Helseforetaket har til sammen 0.4 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 0.8 årsverk innen TSB.

Telemark fengsel, Skien avdeling tar imot utfordrende innsatte fra hele østlandsområdet. Mange av disse har psykiske utfordringer og påfølgende isolasjonsproblematikk, herunder selvisolasjon. Kriminalomsorgen vurderer at det er behov for mer helsehjelp innen PHV. Også i Kragerø fengsel, som tar imot mange varetektsinnsatte, vurderer Kriminalomsorgen behov for økt helsehjelp.

3.4.5 Vestre Viken HF

Helseforetaket har ansvar for fire fengsler hvorav tre med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 350 plasser. Helseforetaket har til sammen 1.82 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 0.45 årsverk innen TSB.

Drammen DPS gir tilbud til innsatte i Drammen fengsel og Ringerike DPS gir tilbud til innsatte i Ringerike fengsel. Tilbudet gis i hovedsak av psykologer og psykiatere. Det er ikke nylig foretatt endringer i tilbudet eller planlegges nye tilbud

Drammen DPS og Drammen fengsel ligger begge sentralt i Drammen. Samtaler/konsultasjoner foregår i fengselet. Avstand mellom Ringerike DPS og Ringerike fengsel er cirka 16 km.

Bærum DPS har ansvar for innsatte i Ila fengsel og forvaringsanstalt. De mottar henvisninger og utreder og behandler psykiske lidelser hos innsatte ved Ila.

Drammen DPS bruker hovedsakelig sine egne polikliniske lokaler til konsultasjoner. Ringerike DPS oppgir at det er for få kontorer tilgjengelig ved Ringerike fengsel. Kontorene som benyttes er ikke optimale hva gjelder sikkerhet eller størrelse. Lokalene ved Ila fengsel er godt egnet. De ansatte er utstyrt med laptop og mobil samt VPN oppkopling slik at de kan journalføre rett etter samtaler/utredning.

Helseforetakets vurdering av samarbeider med Kriminalomsorgen

Det er stabilt og godt samarbeid med ledelsen i fengslene. DPS Bærum oppgir at samarbeidet er særlig godt når det gjelder enkeltsaker, særlig innen rusbehandling. Samarbeidet med helseavdelingen og Kriminalomsorgen for øvrig er bra. Ringerike DPS

oppgir at det er ukentlige uformelle møter med helse-avdelingen. Ledelsen i fengselet viser stor grad av tilgjengelighet for RDPS.

Kriminalomsorgens vurderer at det er behov for økt helsehjelp innen PHV både i Ringerike fengsel og Drammen fengsel.

3.4.6 Akershus universitetssykehus HF

Helseforetaket har ansvar for fire fengsler med til sammen 483 plasser hvorav to med høyt sikkerhetsnivå. Helseforetaket har til sammen 3.2 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 1 årsverk innen TSB.

Tilbudet innen psykisk helsevern for innsatte ved Romerike fengsel
Fengselspsykiatrisk team ved Romerike fengsel er organisert under Avdeling for spesialpsykiatri ved Akershus universitetssykehus HF. Teamet skal tilby spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for innsatte på både Ullersmo (høy sikkerhet) og Kroksrud (lav sikkerhet). Innsatte med behov for tverrfaglig spesialisert rusbehandling ivaretas av ARA Øvre Romerike. Teamet har per i dag fått tildelt ressurser som tilsvarer 3,2 årsverk med psykologspesialister og 1 årsverk med overlege. Teamet har fast tilstedeværelse på Ullersmo, som ligger 12 km fra Avdeling Spesialpsykiatri. Behandlere gjør tilsyn på Kroksrud, med reiseavstand 1,5 km.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet
Samarbeidet med Romerike fengsel vurderes som godt. Det vurderes å være god kommunikasjon knyttet til de innsattes psykiske helse, og fengselshelsetjenesten fungerer ofte som et mellomledd. Fengslet legger godt til rette for at innsattes psykiske helse skal kunne følges opp. Fengselsteamet tilbyr i dag veiledning til fengselsbetjenter ved behov, særlig i møte med innsatte med sammensatte problemstillinger. Fengslet har også tatt initiativ til å invitere teamet til å delta i ulike arbeidsgrupper ved behov i planlegging av nye tilbud til de innsatte. Alle henvisninger til spesialisthelsetjenesten / fengselsteamet går via primærhelsetjenesten. Det er et tett samarbeid med primærhelsetjenesten som ligger i samme bygg og korridor.

Hver behandler har eget kontor på Ullersmo med IT-løsninger tilkoblet Ahus-systemet. I tillegg disponerer teamet et eget møterom. Lokalene vurderes som tilstrekkelig til å ivareta de oppgavene som skal utføres, men kontorene og møterommet ligger i en brakkerigg som har vært midlertidig i mange år. Ved behov for større møtelokaler kan de bookes gjennom fengslets system. På Kroksrud låner teamet et av besøksrommene ved behov.

Det har vært gjennomført to prosjekter for å kartlegge og videreutvikle fengselsteamet, og samarbeidet med primærhelsetjenesten og kriminalomsorgen. Med henblikk på at alle forvaringsinnsatte fra Ila fengsel skal overføres til avd. Ullersmo i løpet av sommer 2021, er det ønskelig å bygge opp kompetanse innen residivreduserende behandling for volds- og sedelighetsforbrytelser.

Tilbudet innen psykisk helsevern for innsatte ved Kongsvinger fengsel
Kongsvinger DPS, ambulante akutteam, gir tilbud til 2 lokasjoner av Kriminalomsorgen innlandet, avd. Kongsvinger. I teamet er det psykiater, psykologspesialist, psykiatrisk sykepleier og spesialvernepleier. Hvilken profesjon som oppsøker fengselet blir vurdert etter henvisning og kapasitet/tilgjengelige ressurser. Det er ikke foretatt endringer eller planlagt nye tilbud.

Avstanden fra Kongsvinger DPS til Kongsvinger fengsel avdeling for menn er 1,8 km, til avdelingen for kvinner 0,5 km.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen og kommunen
Samarbeidet foregår i all hovedsak med den kommunale fengselshelsetjenesten og mindre med Kriminalomsorgen. Kongsvinger DPS og fengselshelsetjenesten har et godt samarbeid. Lokalene som blir bruk til samtaler med innsatte er i hovedsak kontoret til fengselshelsetjenesten og ikke tilpasset psykisk helsevern.

3.4.7 Oslo universitetssykehus HF
Helseforetaket har ansvar for tre fengsler med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 343 plasser. Helseforetaket har til sammen 6 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 0.2 årsverk innen TSB.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk (FPP), OUS tilbyr psykisk helsevern til innsatte i Oslo fengsel, Bredtveit fengsel og Ungdomsenhet Øst, dvs. 3 høysikkerhetsfengsler. FFP har 6 årsverk (kliniske stillinger) psykologer/ psykologspesialister og psykiater. Det er ikke andre yrkesgrupper representert blant behandlerne. FPP har sine lokaler i Oslo fengsel og har stedlig tjeneste hver mandag- fredag. Ved Bredtveit fengsel er behandlerne tilstede to dager i uken. Ved Ungdomsenhet Øst er det fast to psykologspesialister tilstede to dager i uken. Lege tilkalles ved behov.

Tilbudet ved FPP bærer preg av å være noe forstrekt da pasientpopulasjonen er målbart dårligere i dag enn for 10 år siden. FFP merker redusert døgntilbud i psykisk helsevern for øvrig og en sykere pasientpopulasjon, samt reduserte ressurser hos Kriminalomsorgen til aktivisering av innsatte og følgelig mer innlåsing og isolasjon. FFP søker nå om å omgjøre vakant psykologstilling til lis-stilling da vi som følge av dette er i behov for flere legeressurser.

Geografisk avstand fra lokalene i Oslo fengsel til Bredtveit fengsel er det 8 km (bilrute). Fra Oslo fengsel til Ungdomsenhet Øst er det 69 km (bilrute).

Lokaler: FFP har lokaler med kontorer til hver behandler, eget møterom og egen resepsjon i Oslo fengsel, det savnes imidlertid et eget toalett for pasienter da pasienter må tilbake til egen celle ved behov. Ved Bredtveit fengsel savnes egne rom til bruk for samtaler. FFP får låne rom, men til tider bærer dagene preg av plassmangel og mangel

på skrivetilgang. Ved Ungdomsenhet Øst har er det tildelt ett rom for pasientarbeid, slik at her kan det også til tider være plassmangel. Selve lokalene kan brukes helt fint.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet
FFP har faste ukentlig samarbeidsmøte med bydelshelsetjenesten ved Oslo fengsel og ved Bredtveit fengsel. Det tilbys også veiledning til fengselets miljøarbeidstiltak og til ansatte i bydelshelsetjenesten. FFP deltar ved ungdomsenheten Øst på faste tverretatlige møter annenhver uke der pasientsaker drøftes, og deltar på ukentlige samarbeidsteam rundt den enkelte ungdom der man arbeider med behandlingsplaner og tiltak. FFP har også veiledning annenhver uke med miljøpersonalet.
I tillegg underviser FFP jevnlig ved Kriminalomsorgens utdanningssenter KRUS og deltar i opplysningsprogram via Røverradioen der målgruppen er innsatte.

3.4.8 Sykehuset Innlandet HF
Helseforetaket har ansvar for fire fengsler hvorav to med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 166 plasser. Helseforetaket har ingen årsverk øremerket til tjenester ved fengslene verken innen PHV eller TSB. Ansvaret for å gi tjenester til fengslene er primært lagt til det lokale DPS-et.

Behov for ø-hjelp ivaretas ved Sanderud og Reinsvoll, i avdeling for Akuttpsykiatri og psykosebehandling. Når det gjelder tilbudet innen TSB er det ved begge DPS-ene egne TSB team/TSB poliklinikk. Akuttilbudene er åpne for innsatte på lik linje med den øvrige befolkningen i opptaksområdet. Det er mulig å henvende seg direkte til Ambulant akuttenhet fra fengselshelsetjenesten og få bistand til vurdering av innleggelser eller annet akutt-tilbud. Avdelingens kliniske enheter er tilgjengelige for råd/veiledning til kommunal fengselshelsetjeneste i fengslene.

Tilbudet ved Hamar fengsel og Ilseng fengsel
DPS Elverum-Hamar gir tilbud, etter henvisning og rettighetsvurdering, til Hamar fengsel (høysikkerhetsfengsel med 31 plasser) og Ilseng fengsel (lavsikkerhetsfengsel med 86 plasser). Ved DPS Elverum-Hamar har Ambulant akuttenhet (AAE) ansvar for å bidra i alle akutte saker som meldes fra Hamar fengsel og Ilseng fengsel.

Avstanden fra DPS Elverum-Hamar til Hamar fengsel er 600 m. Avstanden fra DPS Elverum-Hamar til Ilseng er 10 km.

Tilbudet ved Gjøvik fengsel og Valdres fengsel
DPS Gjøvik gir tilbud, etter henvisning og rettighetsvurdering, til Gjøvik fengsel (høysikkerhetsfengsel med 24 plasser) og Valdres fengsel (lavsikkerhetsfengsel med 25 plasser). DPS Gjøvik har en poliklinisk underavdeling i Valdres, og det er ansatte her som gir tilbud til Valdres (Slidreøya)
Avstanden fra DPS Gjøvik til Gjøvik fengsel er 800 m. Avstanden fra DPS Gjøvik, Aurdal til Slidre fengsel er 35 km.

Felles for begge DPS-ene er at tilbudet til innsatte, etter rettighetsvurdering, er tverrfaglig sammensatt. Henvisninger fra fengsel vurderes på lik linje med andre henvisninger når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp.

Behandlingstilbudet til innsatte er fordelt mellom psykiatere, psykologer/psykologspesialister og høgskoleutdannede (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer) med videreutdanning innen psykisk helse og rus.

Verken ved DPS Elverum- Hamar eller ved DPS Gjøvik er det foretatt endringer i tilbudet. Det er heller ikke planer om etablering av nye tilbud.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen
Det er i Sykehuset Innlandet HF, divisjon Psykisk helsevern inngått en tilleggsavtale med Kriminalomsorgen og vertskommuner for fengslene i Innlandet, hvor den enkelte kommune og Sykehuset Innlandet HF kan inngå tilleggsavtaler. Denne avtalen er forankret i Samarbeidsavtale 2019–2023, mellom Sykehuset Innlandet og kommunene i sykehusområdet.

Det avholdes samarbeidsmøter mellom de enkelte vertskommunene (fengselshelsetjenesten), Kriminalomsorgen og lokalt DPS etter behov, sist i 2019. Det bør nevnes at koronapandemien har hatt innvirkning også på denne virksomheten.
Ved begge DPS-ene er det samarbeid ut fra behov i enkelt saker, og i direkte i konkrete pasientsaker. Den kommunale fengselshelsetjenesten henvender seg direkte til aktuelle kliniske enheter om konkrete pasientsaker og/eller for råd/veiledning.

Vurdering av tilgjengelige lokaler
Fengselet fremstiller i hovedsak innsatte til poliklinisk undersøkelse og behandling i DPS-ets lokaler av hensyn til muligheter for å gi et mest mulig likeverdig tilbud mht. utredning og behandling, samt sikkerhet for behandlere. I noen tilfeller møter helsepersonell den innsatte i fengslet direkte, men dette er etter avtale med det enkelte fengsel i den konkrete situasjon.
Ved DPS Gjøvik, Aurdal, gir man tilbud om poliklinisk behandling ukentlig på to faste dager, av hensyn til reisetid.

Lokalene for poliklinisk behandling i fengslene er ikke optimale, dabehandler låses inn på besøksrom i fengslet med den innsatte, noe som kan oppleves som truende når man i ofte ikke kjenner den innsatte.

Oppsummering av status for Helse Sør-Øst RHF
Som det fremgår av gjennomgangen av tjenestetilbudene i Helse Sør-Øst er det behov for en betydelig oppbygging av tilbudene innen begge fagområdene ved alle helseforetakene selv om det er omfattende og gode tjenestetilbud fra ett eller begge fagområdene ved enkelte fengsler. Antallet og størrelse på fengslene tilsier at det fortrinnsvis bør gis egne tjenester fra hvert av de to fagområdene ved de fleste fengslene.

Kriminalomsorgens vurdering
KDI og kriminalomsorgsregionene vurderer at det er særlig behov for styrking i region sør ved fengslene med høyt sikkerhetsnivå Telemark, Ringerike, Drammen, Sem og Søndre Vestfold fengsel avdeling Larvik, hvor sist nevnte har målgruppen unge innsatte, samt Bastøy fengsel, lavt sikkerhetsnivå.

I region øst ser de behov for styrking av spesialisthelsetjenester i alle fengslene men særlig ved Kriminalomsorgen Innlandet i de ulike fengselsavdelingene og ved Ravneberget kvinnefengsel.

4. PLANER FOR KOMPETANSEHEVING

For å sikre spisskompetanse til ansatte i spesialisthelsetjenesten og fengselshelsetjenesten er det viktig å etablere nye, og videreutvikle eksiterende ordninger der alle involverte ansatte tilbys opplæring, videreutdanning, veiledning, kursing, fagutvikling og kompetansedeling.

For å sikre god koordinering og oppnåelse av synergieffekt vil Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri (SIFER) og Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (NK-TSB) etablere et formelt og overordnet samarbeid.

Det vil også etableres samarbeidsformer nasjonalt og regionalt med andre relevante aktører for å styrke disse oppgavene.

Planer for kompetanseheving de neste årene omfatter fire delområder: Veiledning og nettverk, Opplæring, Fagutvikling og Forskning.

4.1 Veiledning og nettverk

SIFER: har nylig etablert et fagnettverk for fengselspsykiatri. Hovedmålgruppen for nettverket er behandlere innen spesialisthelsetjenesten som har oppgaver inn mot innsatte og domfelte. Det er et uttalt behov for et felles fagmiljø da problematikken behandlere møter ofte er kompleks og sammensatt og med behov for høyspesialisert kompetanse. Fokus på kompetanseutvikling og kollegafellesskap anses derfor som vesentlig.

Fagnettverket har en redaksjon med leder bestående av en representant fra hver region. Redaksjonen har jevnlige møter og har som mål å etablere to fagsamlinger i året for nettverket. I tillegg arbeides det med å etablere en egen fane på SIFERs hjemmeside der deltakerne i nettverket kan ha elektronisk kontakt og hvor det vil være et faglig innhold.

I tillegg planlegges det opprettelse av regionale fagnettverk for drøfting, kompetansedeling, kollegaveiledning og fungere som en kvalitetssikrende funksjon.

NK TSB: Nasjonalt kompetansesenter for tverrfaglig spesialisert rusbehandling har erfaring fra etablering og drift av ulike typer nettverk. Formålet med rapportens forslag om et nettverk er behovet forfagutvikling for fagpersonell i TSB, som omfatter mange arenaer i fengsler (ND, Rusmestringsenheter, rusenheter i fengsel, («Stifinnern») og § 12 soning).

Det kan være aktuelt å diskutere om det er behov for flere nettverk i skjæringspunktet mellom fengselshelsetjeneste, TSB og kriminalomsorg da ulike former for nettverk dekker ulike behov og gir forskjellige gevinster / resultat. Eksempler på nettverk kan være «Nettverk for fagpersonell i TSB» (med oppgaver i fengsel) og «Nettverk for flerfaglig personell involvert i rehabiliterings- og behandlingsaktiviteter for innsatte med rusproblematikk» (dette vil favne bredere og inkludere ND, rusmestringsenhetene, Stifinner, Kriminalomsorgens ansatte, fengselshelsetjenesten m.fl.)

4.2 Opplæring

SIFER: Kurs i fengselspsykiatri er et fordypningskurs beregnet på behandlere i spesialisthelsetjenesten som jobber med utredning og behandling av innsatte i fengsel. Primærleger som jobber i fengsler har også mulighet for å melde seg på kurset. Hensikten med kurset er å gi fagpersoner en bedre forståelse av de sammensatte vanskene innsatte og domfelte kjennetegnes av, rammene innsatte lever under og mulighetene som ligger i samarbeidet med Kriminalomsorgen. Kurset fordeler seg over 4 samlinger gjennom ett år. Kurset er godkjent som 72 timers vedlikeholds aktivitet for Den norske legeforening og Psykologforeningen.

NK TSB: Også innenfor TSB er det aktuelt med et kurs i «TSB-behandling innenfor murene». I tillegg er det særlig viktig med opplæring knyttet til abstinensbehandling og LAR. NK TSB arbeider mye med digitale opplæringsverktøy og e-læring sett i sammenheng med mer tradisjonelle læringsarenaer.

SIFER og NK-TSB vil i tillegg jevnlig tilby mer spesifikke kurs som dekker temaene i spisskompetanseområdet.

4.3 Fagutvikling

SIFER og NK TSB: Det pågår et kontinuerlig arbeid med utvikling av nye metoder, oversettelse/translasjon, implementering og spredning av effektive metoder, og oversettelsesarbeid av sjekklister, verktøy o.l.

Flere av oppgavene under fagutvikling bør utføres av eller i samarbeid med erfarne klinikere fra fagområdene. Særlig vil det gjelde undervisning, fagutvikling, veiledning og utvikling av nettverk.

SIFER: Det er opprettet noen fagstillinger for klinikere ved kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, og det vurderes opprettelse av flere slike

stillinger de neste årene. Disse særskilte fagstillingene vil ha en viktig rolle med opplæring, veiledning og nettverk, samt fagutvikling i de fire helseregionene.

Et nytt tilbud om *Selvhjelp for folk i fengsel* (SELFI) vil rulles ut i alle helseregionene. I tillegg er det flere lokale prosjekter pågående. Det planlegges en ytterligere styrking av fagutvikling for de neste årene.

NK TSB: Det anbefales å opprette fagstillinger i sentrale kliniske avdelinger med lang erfaring med/kompetanse i TSB for innsatte / domfelte. Helse Bergen og Sykehuset Østfold peker seg ut.

4.4 Forskning

Det er et behov for å styrke forskningsfeltet innen PHV og TSB for innsatte og domfelte. Det pågår aktuell forskning i regi av SERAF/RusForsk i OUS og NK TSB og innenfor flere andre forskningsmiljøer.

SIFER og NK-TSB vil starte opp arbeidet med en plan for forskningsfeltet primo 2021.

5. AVSLUTNING

Arbeidet med planen for etablering av områdefunksjon og samarbeidet mellom Kriminalomsorgen (KDI) og de regionale helseforetakene (RHF), har synliggjort at det vil ta tid å få etablert områdefunksjon i alle fengsler i tråd med intensjonen. Det er derfor mest hensiktsmessig å anse dette arbeidet som et utviklingsarbeid over 1-3 år. Dette gjelder særlig for følgende områder:

- Avsette tilstrekkelig ressurser til formålet. Rapporten fra 2018 anslår at spesialisthelsetjenesten må styrkes med kr. 45 – 50 mill. kroner på landsbasis. Totalt har RHF-ene samlet satt av 38, 9 mill. kroner siden 2018 (19, 6 mill. kroner i 2021 og 19,3 mill. kroner i 2018-2020) til styrking av tilbudene ved fengslene. Dette viser at den reelle styrkingen er noe lavere enn ambisjonene i rapporten. Hvis det skal etableres stedlige tjenester ved alle fengslene viser planen at det antakelig vil være behov for mer midler enn det som anslås i rapporten fra 2018.

- Kompetanseheving og nettverk: Flere kompetansehevende tiltak og nettverk er allerede etablert, men det vil ta tid å få bygget opp alle planer for kompetanseheving beskrevet i punkt 3.5.

- Lokaler: Flere behandlere i fengsel forutsetter egnede lokaliteter. Dette må gjennomgås lokalt i hvert fengsel i samarbeid med helseforetaket.

- Rekruttering: Erfaring tilsier at rekruttering av egnet helsepersonell kan være tidkrevende.

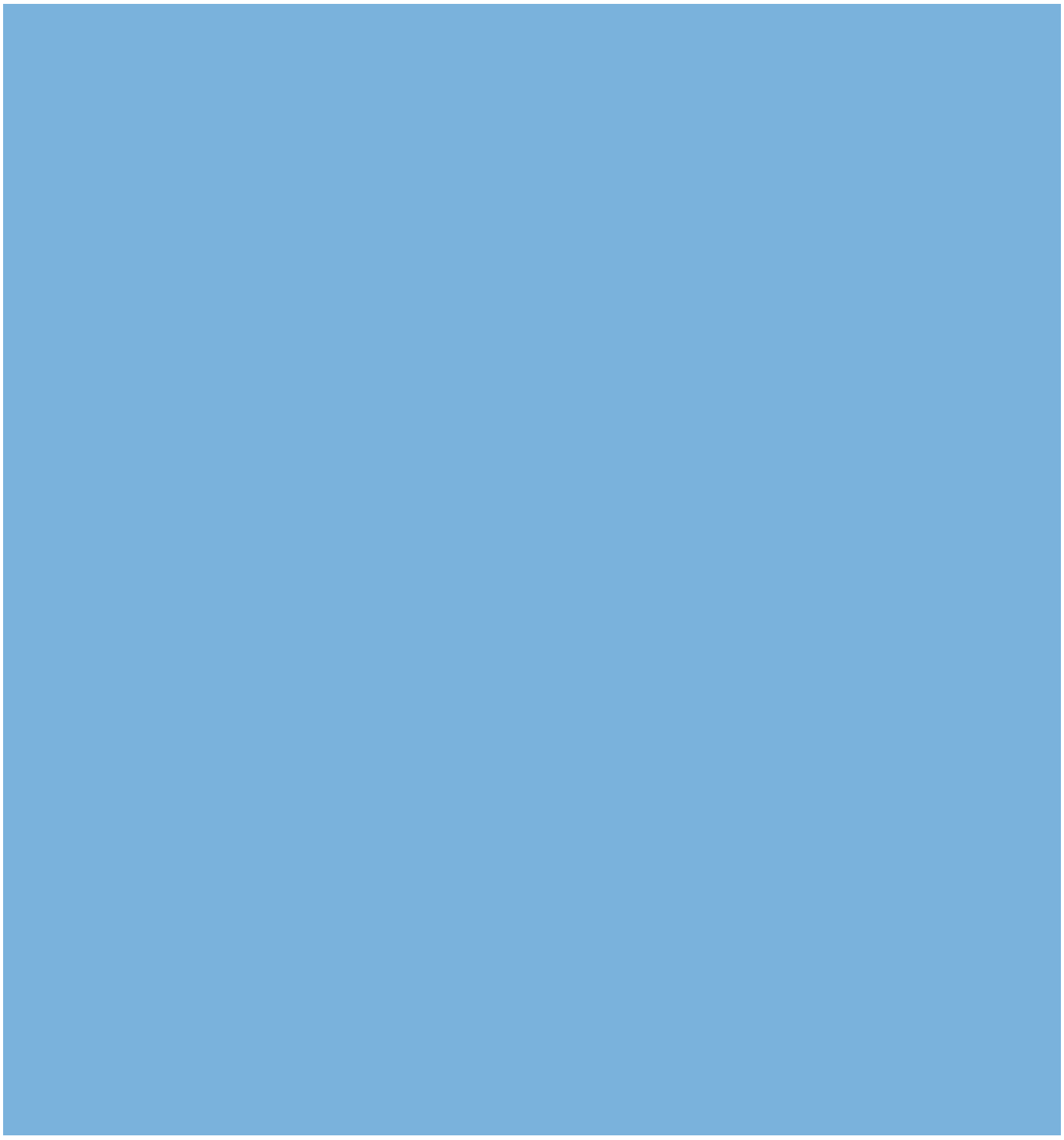
5.1 Oppfølging

Det anbefales at planene som skisseres i dette dokumentet må følges tett opp i perioden 2021-2023 og det må vurderes om:

- Spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig til faste tider i fengsel
- Spesialisthelsetjenesten er fysisk tilstede i tilstrekkelig grad til å yte nødvendig helsehjelp til innsatte og ha godt samarbeid med andre etater
- Spesialisthelsetjenesten har fast personell i fengselet
- Det foreligger konkrete planer for kompetanseheving
- Det er etablert nettverk for kompetanseheving
- Spesialisthelsetjenesten deltar i nettverk for kompetanseheving
- Annet relevant personell fra fengselet deltar i nettverk for kompetanseheving
- Fengslene har tilfredsstillende lokaler for behandlende personell fra helseforetakene
- Det er etablert et samarbeid lokalt mellom helseforetaket, kriminalomsorgen og andre relevante samarbeidspartnere

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no



Navn fengsel	Kommune fengsel	Fylke fengsel
Vadsø fengsel	Vadsø	Troms og Finnmark
Tromsø fengsel	Tromsø	Troms og Finnmark
Nordland, avd HS Bodø	Bodø	Nordland
Nordland, avd LS Bodø	Bodø	Nordland
Nordland, avd LS Fauske	Fauske	Nordland
Nordland, avd HS Mosjøen	Vefsn	Nordland
Verdal fengsel	Verdal	Trøndelag
Trondheim fengsel	Trondheim	Trøndelag
Trondheim fengsel, Leira avdeling	Trondheim	Trøndelag
Trondheim fengsel, Kongens gate avdeling	Trondheim	Trøndelag
Hustad fengsel	Fræna	Møre og Romsdal
Ålesund fengsel	Ålesund	Møre og Romsdal
Vik fengsel	Vik	Vestland
Bergen fengsel	Bergen	Vestland
Bjørgvin fengsel	Bergen	Vestland
Bjørgvin fengsel, Ungdomseininga	Bergen	Vestland
Lyderhorn overgangsbolig	Bergen	Vestland
Haugesund fengsel	Haugesund	Rogaland
Sandeid fengsel	Vindafjord	Rogaland
Stavanger fengsel	Stavanger	Rogaland
Stavanger fengsel, avdeling Auklend overgangsbolig	Stavanger	Rogaland
Åna fengsel	Hå kommune	Rogaland
Åna fengsel, Rødgata avdeling	Hå kommune	Rogaland
Agder fengsel, Mandal avd.	Lindesnes	Agder
Agder fengsel, Solholmen avdeling	Kristiansand	Agder
Agder fengsel, Froland avd.	Froland	Agder
Agder fengsel, Evje avdeling	Evje og Hornes	Agder
Telemark fengsel, Skien avdeling	Skien	Vestfold og Telemark
Telemark fengsel, Kragerø avdeling	Kragerø	Vestfold og Telemark
Søndre Vestfold fengsel, Larvik avdeling	Larvik	Vestfold og Telemark
Søndre Vestfold fengsel, Berg avdeling	Tønsberg	Vestfold og Telemark
Sem fengsel	Tønsberg	Vestfold og Telemark
Nordre Vestfold fengsel, Horten avdeling	Horten	Vestfold og Telemark
Bastøy fengsel	Horten	Vestfold og Telemark
Ringerike fengsel	Ringeriket	Viken
Drammen fengsel	Drammen	Viken
Buskerud overgangsbolig og friomsorgskontor, avd. Dr	Drammen	Viken
Ila fengsel og forvaringsanstalt	Bærum	Viken
Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt	Oslo	Oslo
Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, avdeling B2	Oslo	Oslo
Oslo fengsel	Oslo	Oslo
Oslo overgangsbolig, Gamlebyen avdeling	Oso	Oslo
Oslo overgangsbolig. Torshov avdeling	Oslo	Oslo
Halden fengsel	Halden	Viken
Halden fengsel Sarpsborg avdeling	Sarpsborg	Viken

Halden overgangsbolig	Halden	Viken
Indre Østfold fengsel, Eidsberg avdeling	Eidsberg	Viken
Indre Østfold fengsel, Trøgstad avdeling	Trøgstad	Viken
Østfold friomsorg, Ravneberget fengsel	Sarpsborg	Viken
Romerike fengsel, Ullersmo avdeling	Ullensaker	Viken
Romerike fengsel, Kroksrud avdeling	Ullensaker	Viken
Romerike fengsel, Ungdomsenhet øst (Eidsvoll)	Eidsvoll	Viken
Innlandet, avd HS Gjøvik	Gjøvik	Innlandet
Innlandet, avd HS Hamar	Hamar	Innlandet
Innlandet, avd LS Ilseng	Stange	Innlandet
Innlandet, avd LS Kongsvinger	Kongsvinger	Innlandet
Innlandet, avd. utenl. Innsatte Kongsvinger	Kongsvinger	Innlandet
Innlandet, LS Valdres	Slidre	Innlandet

Kriminalomsorgsregion	Sikkerhetsnivå	Antall plasser, ordinær kapasitet	Antall ekstra midlertidige plasser	Spesialavdelinger rusmestringsenheter stifinnere
Region nord	Høyt og lavt	39	39	
Region nord	Høyt og lavt	59	59	Rusmestringsenhet
Region nord	Høyt	56	56	Rusmestringsenhet
Region Nord	Lavt	12	12	
Region nord	Lavt	18	18	
Region nord	Høyt	15	14	
Region nord	Lavt	60	60	
Region nord	Høyt	155	98	Rusenhet inspirert av Stifinneren
Region nord	Lavt	28	28	Rusmestringsenhet
Region nord	Lavt	10	10	
Region vest	Høyt + Lavt	60	60	Rusmestringsenhet
Region vest	Høyt	27	27	
Region vest	Høyt og lavt	39	39	
Region vest	Høyt	235	196	Rusmestringsenhet
Region vest	Lavt	90	78	Rusenhet inspirert av Stifinnern.Forsøk
Region vest	Tilpasset	4	4	
Region vest	Lavt	16	16	
Region sørvest	Høyt	18	18	
Region sørvest	Lavt	88	83	
Region sørvest	Høyt	68	66	Rusmestringsenhet
Region sørvest	Lavt	13	13	
Region sørvest	Høyt	140	137	
Region sørvest	Lavt	24	24	
Region sørvest	Høyt	100	52	
Region sørvest	Lavt	15	15	
Region sørvest	Høyt	200		
Region sørvest	Høyt + lavt	30	30	Rusmestringsenhet
Region sør	Høyt	82	73	Rusmestringsenhet
Region sør	Høyt	18	18	
Region sør	Høyt	16	16	
Region sør	Lavt	48	48	
Region sør	Høyt	62	62	
Region sør	Høyt	16	16	
Region sør	Lavt	115	115	Rusmestringsenhet
Region sør	Høyt	165	165	
Region sør	Høyt	54	54	
Region sør	Lavt	12	12	
Region øst	Høyt	118	118	Forsterket fellesskapsavd. psykiske lide
Region øst	Høyt	45	45	
Region øst	Lavt	19	19	Stifinneravdeling
Region øst	Høyt	239	238	Stifinneravdeling
Region øst	Lavt	20	20	
Region øst	Lavt	16	16	
Region øst	Høyt	228	228	Rusmestringsenhet
Region øst	Høyt	25	25	

Region øst	Lavt	24	24	
Region øst	Høyt	102	102	Rusenhet inspirert av Stifinnern
Region øst	Lavt	90	90	Rusmestringsenhet
Region øst	Lavt	40	40	Rusmestringsenhet
Region øst	Høyt	286	247	Rusmestringsenhet
Region øst	Lavt	60	60	
Region øst	Tilpasset	4	4	
Region øst	Høyt	24	24	
Region øst	Høyt	31	31	
Region øst	Lavt	86	86	
Region øst	Lavt	48	48	
Region øst	Høyt	89	89	
Region øst	Lavt	25	25	

BASIS-prosjektet	Helseregion	Helseforetak	PHV Enhet	PHV Ressurser
	Nord	Finnmarkssykehuset HF		**10**
Basis	Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge HF		**20**
	Nord	Nordlandssykehuset HF		**20**
	Nord	Nordlandssykehuset HF		0
	Nord	Nordlandssykehuset HF		0,0
	Nord	Helgelandssykehuset HF		**0**
	Midt	Helse Nord-Trøndelag HF		**20**
Basis	Midt	St. Olavs Hospital HF		**100**
Basis	Midt	St. Olavs Hospital HF		
Basis	Midt	St. Olavs Hospital HF		
	Midt	Helse Møre og Romsdal HF		**60**
	Midt	Helse Møre og Romsdal HF		**0**
	Vest	Helse Førde HF		**15**
Basis	Vest	Helse Bergen HF		**450**
sprosjekt avrusning i fe	Vest	Helse Bergen HF		**20**
Basis	Vest	Helse Bergen HF		**100**
	Vest	Helse Bergen HF		0
	Vest	Helse Fonna HF		0
	Vest	Helse Fonna HF		0
	Vest	Helse Stavanger HF		**30**
	Vest	Helse Stavanger HF		0
Basis	Vest	Helse Stavanger HF		**120**
	Vest	Helse Stavanger HF		0
Basis opsjon	Sør-Øst	Sørlandet sykehus HF		**80**
Basis opsjon	Sør-Øst	Sørlandet sykehus HF		
Basis opsjon	Sør-Øst	Sørlandet sykehus HF		**200**
Basis opsjon	Sør-Øst	Sørlandet sykehus HF		**50**
	Sør-Øst	Sykehuset Telemark HF		**40**
	Sør-Øst	Sykehuset Telemark HF		0
Basis	Sør-Øst	Sykehuset i Vestfold HF		**0**
Basis	Sør-Øst	Sykehuset i Vestfold HF		0
	Sør-Øst	Sykehuset i Vestfold HF		0
Basis	Sør-Øst	Sykehuset i Vestfold HF		**10**
	Sør-Øst	Sykehuset i Vestfold HF		0
	Sør-Øst	Vestre Viken HF		**90**
	Sør-Øst	Vestre Viken HF		0
	Sør-Øst	Vestre Viken HF		
Basis	Sør-Øst	Vestre Viken HF		**90**
Basis	Sør-Øst	Oslo universitetssykehus HF		**40**
Basis	Sør-Øst	Oslo universitetssykehus HF		
	Sør-Øst	Oslo universitetssykehus HF		**560**
	Sør-Øst	Oslo universitetssykehus HF		
	Sør-Øst	Oslo universitetssykehus HF		
Basis	Sør-Øst	Sykehuset Østfold HF		**400**
Basis	Sør-Øst	Sykehuset Østfold HF		0

Basis	Sør-Øst	Sykehuset Østfold HF	0
	Sør-Øst	Sykehuset Østfold HF	**0**
	Sør-Øst	Sykehuset Østfold HF	**0**
	Sør-Øst	Sykehuset Østfold HF	**20**
Basis	Sør-Øst	Ahus HF	**320**
Basis	Sør-Øst	Ahus HF	**0**
Basis	Sør-Øst	Oslo universitetssykehus HF	**100**
	Sør-Øst	Sykehuset Innlandet HF	**0**
	Sør-Øst	Sykehuset Innlandet HF	**0**
	Sør-Øst	Sykehuset Innlandet HF	**0**
	Sør-Øst	Sykehuset Innlandet HF	**0**
	Sør-Øst	Sykehuset Innlandet HF	**0**
	Sør-Øst	Sykehuset Innlandet HF	**0**

PHV Stedlige tjenester?	TSB Enhet	TSB Ressurser	TSB Stedlige tjenester?	PHV	TSB	Rusenhet (Ja/Nei)
Ja		**4**	Ja	390	975	
		100		295	59	
Ja		**20**	Ja	280	280	
		0				
		0				
		0				
Ja		**20**	Ja	300	300	
Ja		50	Ja	155	310	
		100			28	
Ja		40		100	150	
Ja		**0**				
Ja		**5**		260	780	
Ja		**0**		52		
Ja		100		450	90	
Ja				4		
		0				
		0				
		0				
Ja		50		227	136	
Ja		0				
Ja		**20**	Ja	117	700	
		0				
Ja		**50**	Ja	125	200	
Ja		**50**	Ja	100	400	
Ja		**20**	Ja	60	150	
Ja		80		205	103	
		0				
		0				
		0				
		0				
Ja		**0**		160		
		80			144	
Ja		**0**		183		
		0				
Ja		**45**		131	262	
Ja		**0**		113		
Ja		0		43		
Ja		200		57	114	
		0				

	0			
	200		51	
	100		90	
Ja	**20**	200	200	
Ja	100	89	286	
	0			
Ja	**0**	4		
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			
	0			

	PHV antall innsatte per 100 % stilling (percentil 0.33 og 0.67)	TSB antall innsatte per 100 % stilling (percentil 0.33 og 0.67)
Percentil .33	100,0	134,5
Percentil .67	200,4	280,4
Snitt	164,0	264,0

Møtedato: 11. mars 2021

Saksnr.:	Saksbeh./tlf.:	Sted/dato:
2021/999-19	Kalstad/Skår, 75 51 29 00	Bodø, 04. mars 2021

RBU-sak 22–2021 Implementering av ParkinsonNet i Helse Nord

Formål
Formål med saken er å orientere om plan for implementering av ParkinsonNet i Helse Nord, samt få innspill fra brukerutvalget til dette arbeidet.

Beslutningsgrunnlag
ParkinsonNet er en nederlandsk modell med formål om å styrke tilbudet til pasienter med Parkinsons sykdom, ved å etablere fagnettverk for å bygge kompetanse hos behandlere i samarbeid med brukerne. Modellen ble pilotert i Oslo og Stavanger i perioden 2017-2019, og anbefalt videreført som nasjonal modell.

Etter piloteringen ga både brukere og faggruppene tilbakemelding om gode erfaringer. Alle faggrupper rapporterte klart bedre kompetanse og bedre kunnskap om hva egen faggruppe kan bidra med til pasientgruppen, og 98 prosent anga at de sannsynligvis kommer til å endre klinisk praksis. Brukererfaringen var at ParkinsonNet er et viktig tiltak som bør videreføres og videreutvikles. Rapport fra pilotering er vedlagt saken. (Vedlegg 1)

ParkinsonNet skal nå implementeres i alle regioner, og det er laget plan for nasjonal implementering. (Vedlegg 2)

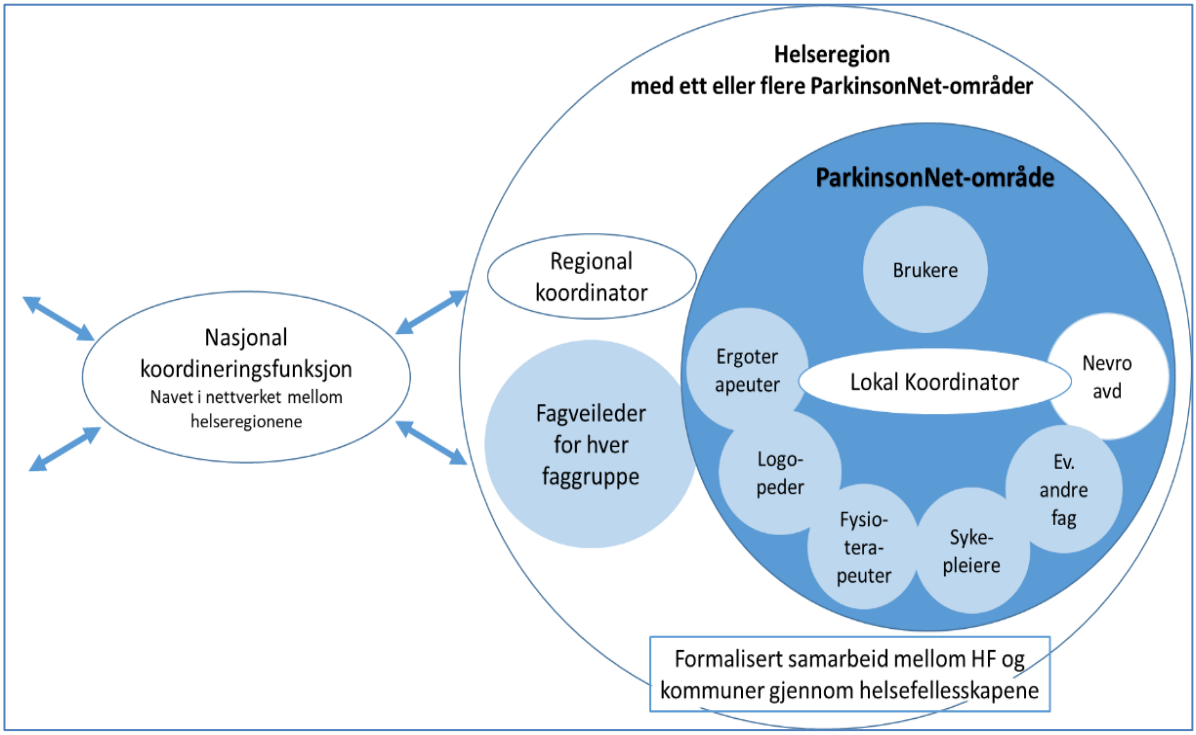
ParkinsonNet - modellen
Modellen har tre hovedmål:
- Styrke pasienter og pårørende
- Styrke fagpersonene
- Styrke tverrfaglighet

Gjennom å øke kunnskap og kompetanse i nært samarbeid med erfarne brukere vil behandling og oppfølging kunne bli mer treffsikker, og bidra til best mulig livskvalitet.

Arbeidet med å nå målene bygger på fem pilarer:
- Faglige nettverk
- Faglige retningslinjer
- Kvalitetssikret informasjon til pasienter og pårørende
- IKT-verktøy som understøtter fagnettverkene
- Monitorering av tjenestene som tilbys pasientgruppen gjennom ParkinsonNet

Faglige nettverk
Det skal etableres faglige nettverk som består av brukere, fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og private aktører. Hvert nettverksområde skal ha lokal koordinator og fagveiledere for hvert fagområde.

Nettverksområdene samarbeider gjennom lokale og regionale koordinatorer, og med nasjonal koordineringsfunksjon. Denne er lagt til Helse Stavanger, Stavanger universitetssykehus som skal bistå nettverkene med praktisk arbeid i forbindelse med samlinger, undervisningsmateriell, veiledning og videre utvikling av modellen i samarbeid med Norges Parkinsonforbund.



Brukermedvirkning
I Helsedirektoratets anbefaling er det fremhevet at «*ParkinsonNet vil være avhengig av et tett samarbeid med Norges Parkinsonforbund. I pilotprosjektet har de bidratt på systemnivå i koordineringen av prosessen. Tilsvarende brukerkompetanse vil være avgjørende for en kvalitetsbasert implementeringsprosess, og være nødvendig ved varig drift av ParkinsonNet.*

I ParkinsonNet-modellen skjer brukermedvirkningen på tre ulike nivå: Systemnivå i den nasjonale koordineringsfunksjonen, på tjenestenivå i ParkinsonNet-områdene og på individnivå i møtet mellom pasient/bruker og fagperson.

Plan for implementering i Helse Nord
I Helse Nord skal det etableres to nettverksområder knyttet til de to nevrologiske avdelingene ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø. Etter planen skal nettverkene være etablert henholdsvis høsten 2021 og våren 2022. Lokale parkinsonforeninger er invitert til å delta i arbeidet.

Det er gjennomført innledende møte 24.2.2021 med UNN, Nordlandssykehuset og representanter for Norges Parkinsonforbund og lokale parkinsonforeninger.

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

1. Regionalt brukerutvalg tar saken om implementering av ParkinsonNet til orientering

2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til arbeidet:

Bodø, 04. mars 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg
1. Helsedirektoratets anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende videre utvikling av ParkinsonNet i Norge
2. Rapport fra interregional arbeidsgruppe

Helsedirektoratet

Helsedirektoratets anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende videre utvikling av ParkinsonNet i Norge

15.05.2019

1.0 Innledning 4
2.0 Sammendrag av prosjektets mandat, hovedaktiviteter og anbefaling for ParkinsonNet i Norge 5
2.1 Utprøving av ParkinsonNet i norske forhold 5
2.2 Kartlegginger av erfaringer og effekt 6
2.3 Sentrale komponenter i et norsk ParkinsonNet 6
2.4 Helsedirektoratets anbefaling for ParkinsonNet i Norge 7
3.0 ParkinsonNet i norske forhold 8
3.1 Organisering av modellen 9
4.0 Kartlegginger av erfaringer og effekt 11
4.1 Kvalitative intervjuer av pasienter og pårørende i pilotfylkene 11
4.2 Systematisk kartlegging av fagpersoner i ParkinsonNet 12
4.3 Faglige vurderinger fra involverte miljøer 12
5.0 Sentrale komponenter i ParkinsonNet Norge 16
5.1 Systematisk brukermedvirkning på alle nivåer 16
5.2 Nasjonal koordineringsfunksjon for ParkinsonNet 17
5.3 ParkinsonNet-koordinatorer i ParkinsonNet-områdene 20
5.4 Portal for Parkinson og ParkinsonNet på helsenorge.no 22
5.5 Kunnskapsgrunnlag og læringsplattform for trening, veiledning og informasjonsmaterialet i ParkinsonNet 23
5.6 Andre kostnadsområder 24
6.0 ParkinsonNet i relasjon til andre virkemidler og satsninger 25
6.1 Individuell plan og koordinator 25
6.2 Primærhelseteam 26
6.3 Oppfølgningsteam 26
6.4 Medisinsk avstandsoppfølgning 26
6.5 E-konsultasjoner hos fastlege og legevakt 26
7.0 Risikofaktorer ved nasjonal utvidelse 27
7.1 De regionale helseforetakenes vurdering av ParkinsonNet 27
7.2 Utviklingsprosessen 28
8.0 Kan ParkinsonNet være utgangspunkt for en generisk modell? 29
9.0 Anbefaling for videre prosess med ParkinsonNet i Norge 30
9.1 Forberedelse av nasjonal utvidelse 30
9.2 Systematisk opprettelse av ParkinsonNet-områder 31
9.3 Tentativ tidslinje for utvidelse av ParkinsonNet i Norge 32
9.4 Kostnadsskisse for utvidelsesprosjekt 2020-2022 33

9.5 Mulig samarbeid i OPTIM-PARK 35
10.0 Vedlegg 36

1.0 Innledning

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i perioden 2016-2019 koordinert pilotprosjekt ParkinsonNet i Norge. Arbeidet er utført med utgangspunkt i følgende mandat:

- Prøv ut den nederlandske nettverksmodellen ParkinsonNet i norske forhold.
- Kartlegg og dokumenter erfaringer og effekt av ParkinsonNet.
- Beskriv forhold som må være på plass for å etablere og drive ParkinsonNet i Norge.
- Utarbeid en anbefaling om ParkinsonNet skal implementeres nasjonalt.

Prosjektet er utført i nært samarbeid med Norges Parkinsonforbund, den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser og nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus. Grunnleggerne av ParkinsonNet, Radboud University Medical Centre (Radboud) i Nederland, har bistått med veiledning til prosjektet og trening av fagpersoner.

Grunnlaget som er lagt i dette partnerskapet mellom helseforvaltningen, fagmiljøer og brukerorganisasjon bør videreføres inn i en eventuell fremtidig norsk modell.

HOD ba i sitt tildelingsbrev for 2019 Helsedirektoratet om å evaluere pilotprosjekt ParkinsonNet og anbefale videre fremtid for modellen i Norge. Helsedirektoratet mener, med de forhold som er omtalt i kapittel 2.4, at prosjektperioden har dokumentert at ParkinsonNet bør videreføres som et nasjonalt utviklingsprosjekt. Denne rapporten vil både oppsummere evalueringer gjort av erfaringer og effekt fra piloteringen, samt utdype anbefalingen for videre fremtid for ParkinsonNet i Norge. Helsedirektoratet viser for øvrig til statusrapport fra prosjektet oversendt 19.06.2018 med referanse 16/13621-21.

Helsedirektoratet vil innledningsvis i denne rapporten kort oppsummere hovedtrekk fra områdene i mandatets fire punkter, inkludert anbefaling for videre arbeid (kapittel 2.0). En nettverksmodell kan oppleves abstrakt. I kapittel 3.0 beskrives derfor hvordan ParkinsonNet kan fremstå i praksis. Kunnskapsgrunnlaget for Helsedirektoratets anbefaling omtales i kapittel 4.0.

Et eventuelt ParkinsonNet i Norge vil ha behov for utvikling og organisering av ulike komponenter for å fungere etter intensjonen. De sentrale komponentene omtales i kapittel 5.0. Dersom ParkinsonNet utvides nasjonalt må utviklingen ses/skje i sammenheng med eksisterende og pågående virkemidler og satsinger. I kapittel 6.0 omtales noen av disse og mulige synergier belyses.

Dersom ParkinsonNet skal bli et nasjonalt tilbud vil utvidelsen medføre større og mindre risikoområder. I kapittel 7.0 trekkes noen av de sentrale risikofaktorene frem. ParkinsonNet blir i kapittel 8.0 kort vurdert som utgangspunkt for en generisk modell. Avslutningsvis i kapittel 9.0 utdyper Helsedirektoratet sin anbefaling om fremtiden for ParkinsonNet. Kapittel 9.0 inneholder også omtaler av nødvendige forberedelser til en eventuell utvidelse, samt tentative skisser for utviklingsprosessen og kostnadsrammen.

Denne rapporten må anses som et utgangspunkt for videre utredninger og inngående beskrivelser.

2.0 Sammendrag av prosjektets mandat, hovedaktiviteter og anbefaling for ParkinsonNet i Norge

Følgende avsnitt beskriver hovedtrekk for hvert punkt i mandatet. Punktene utdypes deretter gjennom ulike kapitler i dokumentet.

2.1 Utprøving av ParkinsonNet i norske forhold

Som Helsedirektoratet har kommunisert til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom prosjektperioden ble det tidlig klart at arbeidet som utføres i piloten er mer en konseptutredning enn reell pilotering. Det er først nå, to år etter formell oppstart, at Helsedirektoratet har fått bred nok innsikt i hvordan et ParkinsonNet kan se ut i Norge. Avtalen med Radboud innebar en fremdrift basert på deres erfaringsbaserte prosjektplan der innholdet i ParkinsonNet gradvis ble overført til det norske prosjektet. Mye tid og ressurser er brukt til å forstå konseptet slik det er i Nederland og oversette innholdet til norske forhold. Prosessen og tidsrammen tillot ikke følgeforskning, en samfunnsøkonomisk analyse eller prosjektarbeid etter utredningsinstruksen. Samtidig har prosjektet gitt god innsikt i hva ParkinsonNet er og hva det kan bli i Norge.

Radboud har gitt spesialisert veiledning til to fysioterapeuter, to ergoterapeuter og to logopeder som nå innhar rollen som fagveiledere for sine respektive profesjoner.

Obligatoriske aktiviteter som e-læringskurs, grunnkurs og fagsamlinger er gjennomført i pilotfylkene Rogaland og Oslo. Utprøvingen av ParkinsonNet begynte med grunnkurs for fagpersoner i oktober 2017 i Rogaland og i januar 2018 i Oslo. Nye grunnkurs ble avholdt begges steder omtrent et år senere. Trening av de inkluderte yrkesgruppene fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og sykepleiere (formelt med fra 01.01.2019) ble innledningsvis utført av nederlandske eksperter, men ble ved gjennomføringen av det andre grunnkurset i Oslo i mars 2019 utført i sin helhet av de norske fagveilederne. Norge kan nå gjennomføre obligatorisk trening av nye fagpersoner uten nederlandsk bistand. Per 31.03.2019 har ParkinsonNet i Norge 238 fagpersoner i nettverket fordelt slik:

Fagpersoner i ParkinsonNet Norge			
	Rogaland	**Oslo**	**Total antall**
Ergoterapeuter	**19**	**21**	**40**
Fysioterapeuter	**41**	**53**	**94**
Logopeder	**16**	**24**	**40**
Sykepleiere	**45**	**19**	**64**
Totalt	**121**	**117**	**238**

Prosjektet skal formelt avsluttes først 31.12.2019. Det vil trolig fremkomme mange verdifulle erfaringer fra nettverksdriften i det drøye halvåret som gjenstår av prosjektet. Denne kunnskapen vil kunne være nyttig for å se både gevinster og utfordringer ved den eventuelle utvidelsen av

ParkinsonNet nasjonalt. Helsedirektoratet mener likevel at nåværende kunnskapsgrunnlag er godt nok til å gjøre en vurdering og anbefale videre arbeid med modellen.

2.2 Kartlegginger av erfaringer og effekt

Universitetet i Oslo har intervjuet pasienter og pårørende i de to pilotfylkene. Pasientene og deres pårørende beskriver at de over lang tid har mottatt tjenester med lav kvalitet, men at fagpersoner i ParkinsonNet har endret sin tilnærming etter at prosjektet startet. Endringen har gitt økt motivasjon og opplevelsen av å motta tjenester som gir effekt.

Prosjektet har systematisk kartlagt flere forhold hos fagpersonene som er blitt med i ParkinsonNet. Dokumentasjonen gir klare indikasjoner på at kunnskapsnivået hos de fleste er lavt ved inngangen til ParkinsonNet. Både innen diagnosekunnskap og andre profesjoners kompetanse på feltet Parkinsons sykdom og parkinsonisme (heretter betegnet som Parkinson). Etter et års deltakelse viser tallene at kompetansenivået øker på begge områder og at mer tverrfaglighet forekommer.

Involverte fagmiljøer og fagpersoner erfarer at utprøvingen av ParkinsonNet i pilotfylkene i økende grad tetter kunnskaps- og samhandlingshull i tjenestene. Det har ikke vært mulig å måle effekter for pasienter gjennom kvantitative studier i perioden 2017-2019, men aktørene i prosjektet er samstemte om at en varig modell kan føre til økt selvstendighet, bedret livskvalitet, færre sykehushenvendelser og utsatt behov for helse- og omsorgstjenester inkludert sykehjemsplass.

2.3 Sentrale komponenter i et norsk ParkinsonNet

Basert på dagens forståelse av kjernen i ParkinsonNet og erfaringene fra pilotfylkene har prosjektet identifisert flere komponenter som må være på plass for at ParkinsonNet skal fungere optimalt i norske forhold. Mandat, organisering og arbeidsform må innrettes mot de tre hovedmålene i modellen:

1. Styrke (empower) pasienter og pårørende.
2. Styrke fagpersonene.
3. Styrke tverrfaglighet.
   Modellen har fem sammenhengende pilarer som skal sørge for å nå målene over. Et norsk Parkinson Net må kretse rundt de samme pilarene. Pilarene er:
   1. Faglige nettverk.
   2. Faglige retningslinjer.
   3. Kvalitetssikret informasjon til pasienter og pårørende.
   4. IKT-verktøy som understøtter fagnettverkene.
   5. Monitorering av tjenestene som tilbys pasientgruppen gjennom ParkinsonNet.

For å ivareta målene og organisere pilarene må et norsk ParkinsonNet ha nasjonal styring. Innledningsvis i prosjektarbeidet har Helsedirektoratet brukt betegnelsen "nasjonalt koordineringssenter", men det sentrale er at ParkinsonNet har en nasjonal koordineringsfunksjon. Organisering og forankring av denne oppgaven må besluttes av de regionale helseforetakene. Den nasjonale koordineringsoppgaven skal bestå i et nettverkssamarbeid med i alt 15 koordinatorer. Koordinatorene skal være tilknyttet ved landets 15 nevrologiske avdelinger med tilhørende områdeansvar. Alle de nevrologiske avdelingene, som er aktuelle for en nasjonal utvidelse av ParkinsonNet, er områdesykehus og har områdefunksjon.

Koordinatoren skal være et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og tilhørende kommuner/bydeler, og legge til rette for de obligatoriske aktivitetene i ParkinsonNet. I det videre vil betegnelsen ParkinsonNet-område brukes som navn på disse 15 nettverkene. Målet vil være at hvert

ParkinsonNet-område blir så selvstendige som mulige, og understøttes faglig av, og samarbeider nært med, den nasjonale koordineringsfunksjonen.

Erfaringer fra pilotprosjektet viser at systematisk brukermedvirkning i alle faser har vært både nødvendig for gjennomføring av arbeidet, samt gitt innholdet legitimitet og kvalitet. Systematisk brukermedvirkning må inkluderes i de sentrale komponentene i ParkinsonNet dersom modellen utvides til hele landet.

2.4 Helsedirektoratets anbefaling for ParkinsonNet i Norge

Til tross for at det ikke har vært mulig å tilknytte følgeforskning til prosjektet eller gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse, har Helsedirektoratet opparbeidet seg innsikt i potensialet i ParkinsonNet. Prosjektperioden har vist klare indikasjoner på at arbeidsformen og modellen ParkinsonNet kan utvikle tjenestetilbudet til personer med Parkinson i positiv retning. Økt kompetanse, bedret samhandling og bedret mestring og livskvalitet for pasienter og pårørende er dokumentert. Piloten har videre fremskaffet innsikt i ulike komponenter som må være på plass for å etablere og drive et nasjonalt nettverk. Samtidig har pilotprosjektet kun erfaring fra utvikling og drift i to fylker. To forhold er sentrale i anbefalingen om videre utvidelse av ParkinsonNet:

1. Utvidelsen av ParkinsonNet må anses som en langsiktig prosess. ParkinsonNet i Nederland har brukt 15 år på å komme dit de er i dag. De første tre årene i Nederland ble benyttet til etablering av nettverk for fysioterapeuter. Et norsk ParkinsonNet inkluderer allerede fire faggrupper. Det gjør utvidelse mer komplisert og tidkrevende, men også mer helhetlig for pasientene og deres pårørende.
2. Utvidelse av ParkinsonNet nasjonalt kan utfordre dagens tradisjonelle organisering og styring av helsetjenester. Spesielt vil dette gjelde en nasjonal styring av nettverksmodellen. Dette kom klart frem i prosjektets dialog med de regionale helseforetakene (RHF). Interregionalt fagdirektørmøte 18.03.2019 uttrykte skepsis til flere forhold ved ParkinsonNet. For det første anså de at det som da ble omtalt som et nasjonalt koordineringssenter vil bryte med styringslinjene i RHF. For det andre mente de at det var en stor økonomisk investering som spesialisthelsetjenesten ble pålagt. Den tredje innsigelsen var rettet mot at det er, slik de forstår det, begrenset dokumentasjon av effekter for pasienter.

I dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet jevnlig formidlet at det helhetlige gevinst og utfordringsbildet for et ParkinsonNet i Norge først vil fremstå klart når modellen er i drift nasjonalt. Pilotprosjektet har kartlagt flere risikofaktorer, investerings- og utviklingsbehov og økonomiske forpliktelser som må utredes ytterligere. Det er viktig å understreke at det prosjektet har ført til er et konsept for ParkinsonNet i Norge som nå bør piloteres**.** Nåværende kunnskapsgrunnlag tilsier ikke at Helsedirektoratet fullt ut kan anbefale etablering av en fast struktur for ParkinsonNet fra 01.01.2020. Det er likevel helt klart grunnlag for et videre arbeid med utgangspunkt i det utviklede konseptet. Helsedirektoratet anbefaler derfor at ParkinsonNet tas videre som et nasjonalt utviklingsarbeid med følgende rammer:

1. Utvidelsen av ParkinsonNet i Norge organiseres som et prosjekt i perioden 2020-2022. Prosjektgruppen bør bestå av minimum representanter fra de regionale helseforetakene, kommunesektoren, kliniske miljøer, den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser og Norges Parkinsonforbund. Helsedirektoratet bør bistå i oppstartsfasen.
2. Prosjektet skal i perioden 2020-2022 trinnvis etablere til sammen 15 ParkinsonNet-områder med forankring i nevrologiske avdelinger med tilhørende områdeansvar.

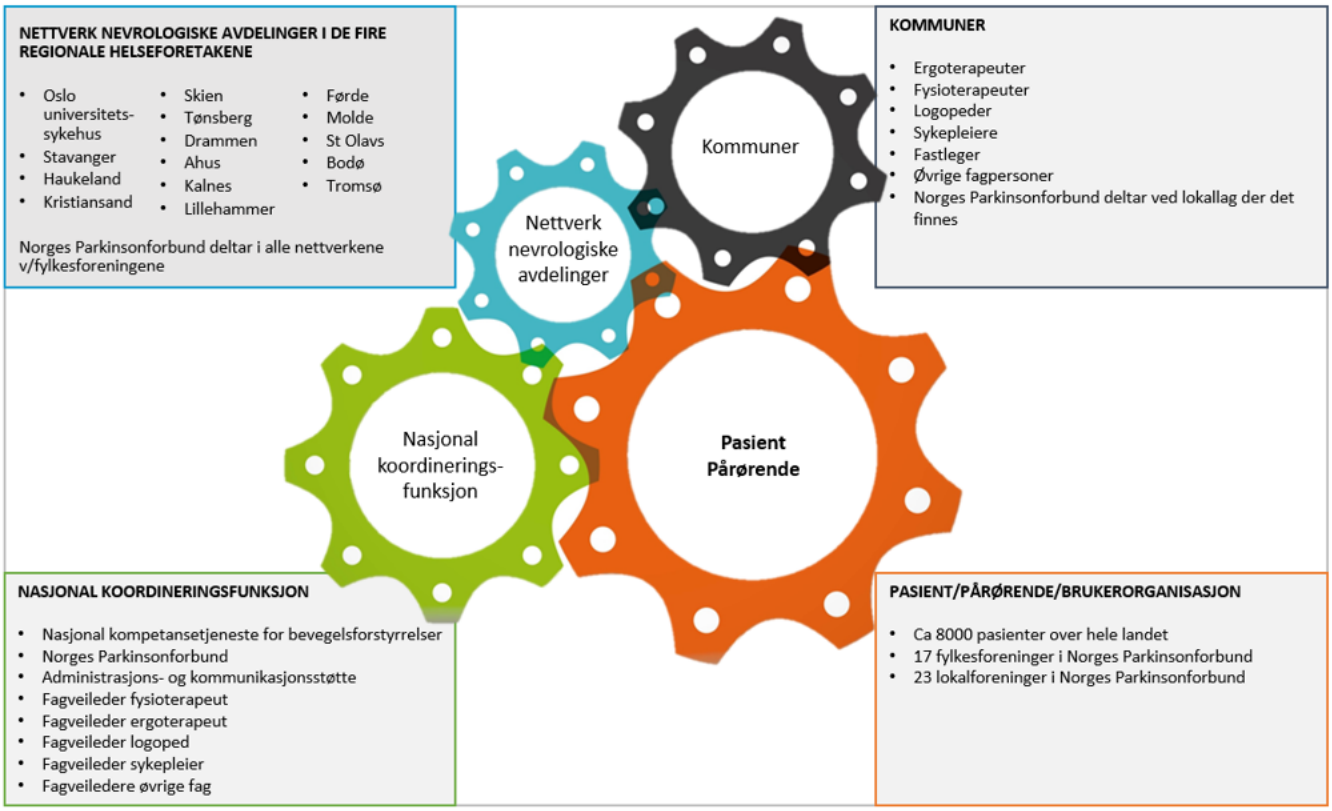
3. ParkinsonNet har behov for en nasjonal koordineringsfunksjon. Prosjektet må utrede og beslutte hvor og hvordan funksjonen skal organiseres. I påvente av en nasjonal koordineringsfunksjon ivaretar prosjektorganisasjonen koordineringsoppgavene.
4. Pilotprosjektets fagveiledere, og eventuelt andre nødvendige fagressurser, må tilknyttes utviklingsarbeidet med prosjektstillinger.
5. Prosjektet må tilknyttes følgeforskning for å kartlegge effekter av modellen. Kunnskapsgrunnlaget fra prosjektperioden 2020-2022 benyttes til å avgjøre om ParkinsonNet skal implementeres som en nasjonal modell. Kunnskapsgrunnlaget vil videre være verdifullt i vurderingen av om ParkinsonNet kan egne seg som modell for ande grupper, og hvilke tilpasningsbehov og muligheter som ligger i oveføring til andre diagnoser.

3.0 ParkinsonNet i norske forhold

ParkinsonNet består av mange komponenter som i forskjellig tempo kan utvikles til et nasjonalt supplerende rammeverk for oppfølging av personer med Parkinson. ParkinsonNet skal ikke erstatte eksisterende pasientforløp, men **styrke samhandling og øke kompetansen** i tjenesten. I vurderingen av hvordan ParkinsonNet kan organiseres og drives i norsk kontekst har Helsedirektoratet forholdt seg til kjernen i den nederlandske modellen. Dette har vært viktig for å i størst mulig grad kunne hente ut de samme effektene og gevinstene som fremkommer i Nederland. En norsk modell må kunne ivareta disse fem pilarene:

1. Drift av faglige nettverk.
2. Utvikling og bruk av faglige retningslinjer.
3. Tilpasset informasjon til pasienter og pårørende.
4. Bruk av IKT for å understøtte de faglige nettverkene.
5. Monitorering av effekt og resultater av tjenester som tilbys gjennom ParkinsonNet.
   I tillegg til disse fem mener Helsedirektoratet det er både potensial og behov for systematisering av brukermedvirkningen i ParkinsonNet ut over det som gjøres i Nederland.

De følgende avsnittene er ment som en tilnærming til hvordan det som Helsedirektoratet innledningsvis i pilotprosjektet opplevde som en abstrakt nettverksmodell, kan se ut i norske forhold. Skissen til hvordan ParkinsonNet skal/kan se ut i praksis vil være under stadig utvikling og trolig ikke være ferdig strukturert før modellen er evaluert nasjonalt. Helsedirektoratet har nærmere beskrevet innholdet i et norsk ParkinsonNet mer detaljert i kapittel 5.0. Denne illustrasjonen oppsummerer grovt sett det som skal kobles sammen i et eventuelt norsk ParkinsonNet.



3.1 Organisering av modellen

Praktisk forankring, utvikling og organisering av modellen vil måtte skje i samspill med regionale helseforetak, brukere, kliniske miljøer og aktørene i ParkinsonNet-områdene. De 15 ParkinsonNet-områdene vil måtte tilpasses etter pasientgrunnlag, geografi, tilgang på fagpersoner og andre lokale forhold. Et virkemiddel som kan binde aktørene sammen og bidra til et fungerende ParkinsonNet-område er at arbeidet med ParkinsonNet omtales i samarbeidsavtalene mellom det aktuelle helseforetaket og de inkluderte kommuner/bydeler.

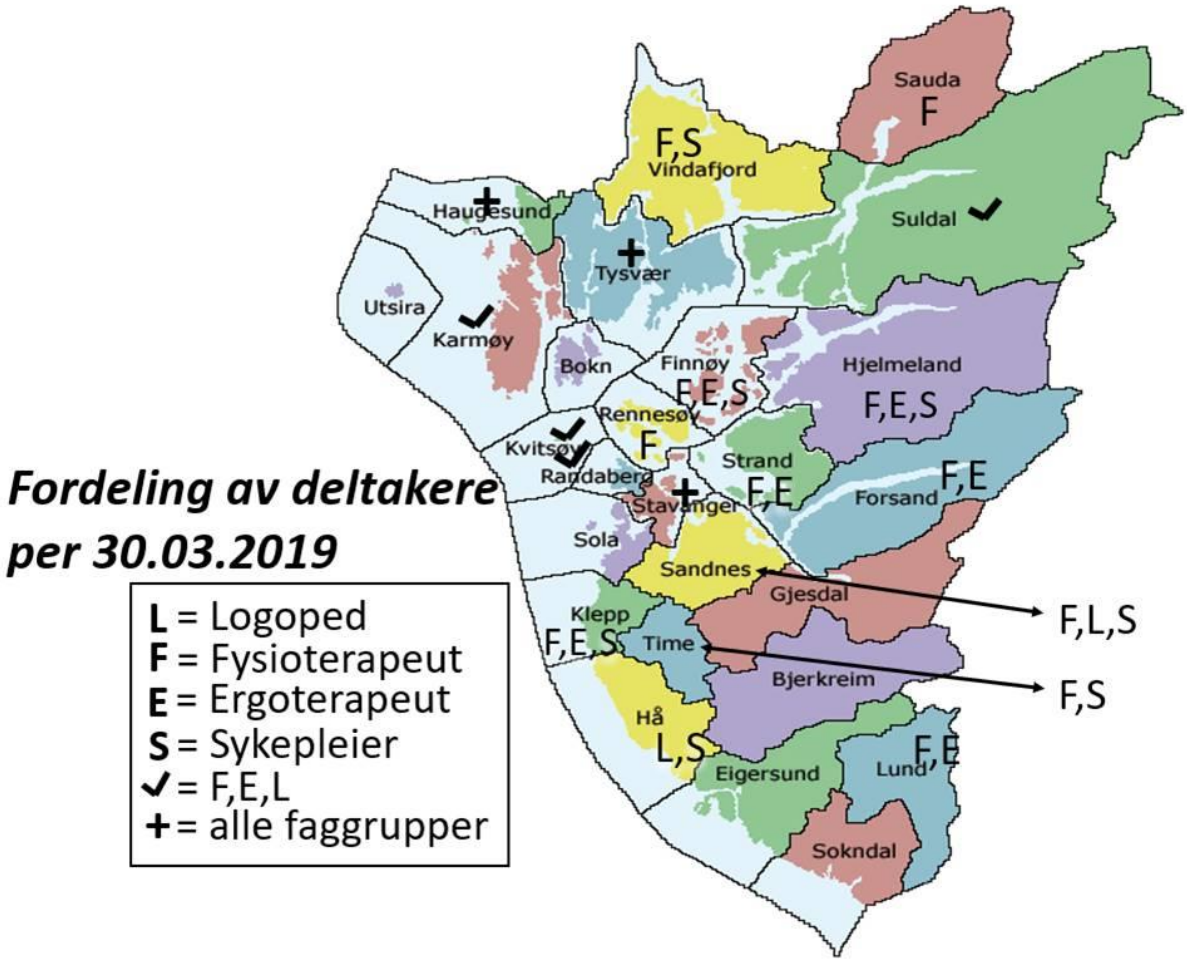
ParkinsonNet må ha en nasjonal koordineringsfunksjon som binder sammen de 15 ParkinsonNet-områdene. Alle ParkinsonNet-områder må være forankret i, og koordinatorfunksjonen plassert ved, nevrologiske avdelinger med tilhørende områdeansvar. Ut fra de 15 ParkinsonNet-områdene vil i første omgang fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og sykepleiere samles, trenes og gis mulighet til bedret tverrfaglig samarbeid. Treningen vil gjøres i samspill med spesialisthelsetjenesten. Fagpersoner som vil bli en del av nettverket må søke om opptak og blant annet beskrive sin motivasjon for å bli med, samt hvordan de kan jobbe for å samle/få tilgang på enda flere pasienter. Det forutsettes også at fagpersonene arbeider aktivt på sine arbeidsplasser med spredning av kompetansen de tilegner seg. Pasienter og pårørende som har tilgang på fagpersoner i ParkinsonNet vil motta tjenester basert på faglige retningslinjer og et helhetlig perspektiv.

I kombinasjon med styrket faglig kompetanse vil ParkinsonNet også kunne legge til rette for systematisk brukermedvirkning på systemnivå (i samspill mellom koordineringsfunksjonen og brukerorganisasjonen), på tjenestenivå (i samspill mellom koordinatorene i ParkinsonNet-områdene og brukerorganisasjonen) og lokalt i samspill mellom fagpersoner og fylkes- og lokallag i brukerorganisasjonen. Aller viktigst er likevel at når tankesettet i ParkinsonNet følges helt ut vil tjenestene som ytes utføres med et systematisk og helhetlig blikk på personens ønsker og behov.

Dersom alle komponenter i ParkinsonNet utvikles, (se nærmere beskrivelse av disse i kapittel 5.0) vil nevrologiske avdelinger ved fastsetting av diagnose og videre oppfølgning kunne ha oversikt over best tilgjengelig kompetanse der den enkelte bor. Alle fagpersoner i ParkinsonNet vil kunne finnes i en søkemotor. Basert på individuelle behov vil fagpersoner kunne kobles sammen og fremgangsmåte og oppfølging avtales.

Et naturlig verktøy vil være at personer med Parkinson tidlig tilbys individuell plan og/ eller koordinator. Diagnosen er progredierende og i et forebyggende perspektiv bør kompetansen i ParkinsonNet koordineres og gjøres tilgjengelig i en tidlig fase av pasientforløpet. Faggrupper og aktører som ikke er en del av ParkinsonNet kan tilknyttes via individuell plan og dermed skape en nødvendig helhet.

Fagpersoner vil ha nettverk innen egen profesjon og andre relevante fagfelt å spille på i oppfølgningen av pasienter og pårørende. Problemstillinger om hva som er "best practice" kan drøftes i nettverkene. For å illustrere hvordan et ParkinsonNet-område kan se ut, kan Rogaland brukes som eksempel. Per mars 2019 består ParkinsonNet-område av 19 ergoterapeuter, 41 fysioterapeuter, 16 logopeder og 45 sykepleiere.



Estimert antall brukere med diagnose G20 Parkinson sykdom i Rogaland er ca 800. Flest brukere har Stavanger (mer enn 200) og Sandnes (over 100).

Videokonsultasjoner vil på sikt kunne være et verdifullt verktøy i ParkinsonNet. I kommuner der det ikke er fagpersoner tilknyttet ParkinsonNet må eksempelvis fysioterapeuter kunne gjennomføre konsultasjoner sammen med pasient der kartlegging og behandling veiledes av en fysioterapeut i ParkinsonNet. ParkinsonNet-fysioterapeuten må få godtgjørelse for dette arbeidet. I kompliserte problemstillinger vil videokonsultasjonene kunne benyttes til samme type samspill, men da med kommunikasjon mellom pasient og eksempelvis kommunal fysioterapeut og den nasjonale koordineringsfunksjonen. Koordineringsfunksjonen vil ha tilknyttet fagveiledere med et enda høyere nivå av kompetanse rundt Parkinson og sin profesjon. Hovedoppgaven til fagveilederen innen fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie er systematisk å trene nye fagpersoner som vil være med i ParkinsonNet. Fagveilederne bør i tillegg være tilgjengelige for individuelle konsultasjoner. Dette som en del av en utvidet utøvelse av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt.

ParkinsonNet vil kunne bidra til at kunnskapsgrunnlaget knyttet til best mulig oppfølgning av personer med Parkinson til enhver tid er oppdatert og benyttes. Dette vil være i form av tilpasset informasjon til pasienter og pårørende som gjør den enkelte styrket til å være aktiv i egen prosess. Det vil også handle om utvikling av faglige retningslinjer innenfor ulike fagfelt og problemstillinger. Kunnskapsgrunnlaget vil kontinuerlig og systematisk formidles i grunntrening av nye fagpersoner i ParkinsonNet, samt være sentralt i fagsamlinger, webseminarer og konferanser som er obligatoriske aktiviteter i ParkinsonNet-modellen.

Et nasjonalt ParkinsonNet vil kunne bidra til et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid for tjenestene til personer med Parkinson. Samarbeidsmodellene og det tverrfaglige perspektivet i kommuner/bydeler og aktører i spesialisthelsetjenesten vil gagne personer med Parkinson. Strukturene som etableres vil også kunne bedre samarbeidet rundt andre diagnosegrupper som de samme fagpersonene arbeider med.

4.0 Kartlegginger av erfaringer og effekt

Helsedirektoratet utarbeider sine kunnskapsbaserte anbefalinger med utgangspunkt i et likeverdig samspill mellom forskningskunnskap, erfaringskunnskap fra tjenestene og brukerkunnskap. Tilnærmingen er fulgt også når ParkinsonNet skal vurderes og anbefaling gis. Helsedirektoratet baserer sin anbefaling på tre hovedkilder:

- Kvalitative intervjuer av pasienter og pårørende i pilotfylkene.
- Systematisk kartlegging av fagpersoner og evaluering av obligatoriske elementer i ParkinsonNet.
- Observasjoner og erfaringer fra aktørene i prosjektet.

I det følgende gis korte oppsummeringer fra de ulike kildene. Rapporter, sammenstillinger og frittstående uttalelser fra samarbeidspartnere i pilotprosjektet er vedlagt (se kapittel 10).

4.1 Kvalitative intervjuer av pasienter og pårørende i pilotfylkene

Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo (UiO) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført intervjuer med pasienter og pårørende (heretter betegnet som informanter) som berøres av pilotprosjekt ParkinsonNet i Rogaland og Oslo. Totalt ble 47 pasienter og 5 pårørende intervjuet gjennom 3 fokusgruppeintervju og 22 individuelle intervju.

Informantene forteller om en vanskelig hverdag. De beskriver også erfaringer som tydeliggjør behovet for en mer kunnskapsbasert tilnærming til- og behandling av pasienter med Parkinson. Informantene som er involvert i ParkinsonNet oppgir at de har fått flere og bedre tilbud. Særlig to elementer løftes fram som viktige; opplevelsen av psykisk støtte og konkrete målrettede tilbud. Samtlige informanter fremhever at det er svært viktig å møte helsepersonell som formidler at de

forstår at de har det vanskelig, er interessert i deres utfordringer og ikke minst som har kunnskaper om individuelle variasjoner i sykdommen. Det er også enighet om at helsepersonell innen ParkinsonNet har en holdning og praksis som åpner for egeninnsats og forebygging. Informantene formidler at opplevelsen av å kunne gjøre noe selv reduserer følelsen av hjelpeløshet overfor egen sykdom. Målrettet trening, enten det gjelder fysisk trening, stemmetrening eller kognitiv trening som er spesifikt innrettet for å forebygge og bremse sykdomsutvikling, beskrives som svært meningsfull. Tilnærmingen i ParkinsonNet er motiverende og et viktig bidrag til økt opplevd livskvalitet. Informantene er entydige i at prosjektet bør videreføres. I denne videreføringen fremheves behovet for å inkludere et tilstrekkelig antall helsepersonell. Videre blir behovet for å inkludere fastlegene løftet frem. En «parkinsonsykepleier» på nevrologisk avdeling blir omtalt som en mulig vei til å sikre informasjon og koordinering. Informantene peker også på at det er varierende praksis hva gjelder involvering av pårørende. I en videreføring må det utvikles en konkret plan for å kunne inkludere pårørende som viktige medarbeidere og støttespillere.

4.2 Systematisk kartlegging av fagpersoner i ParkinsonNet

Pilotprosjektet har systematisk kartlagt fagpersonene ved oppstart av deltakelsen i ParkinsonNet og gjentatt kartleggingen etter 12 måneder. I tillegg er de obligatoriske grunnkursene evaluert. Den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser har gjennomgått kartlegginger og evalueringer og trukket frem noen sentrale funn. Tallene må brukes med varsomhet da tallmaterialet er begrenset. Samtidig gir oppsummeringene klare indikasjoner på mulig effekt og potensial ved innføring av ParkinsonNet.

- Pilotprosjektet har samlet totalt 238 deltagere fra 4 ulike fagprofesjoner i Oslo og Rogaland.
- Antall deltakere i prosjektet er meget stabilt med lite frafall.
- Det er gitt generelt gode tilbakemeldinger og evaluering for alle gjennomførte grunnkurs. Hele 97 % av deltakerne ville anbefalt kurset til sine kollegaer.
- Alle faggrupper rapporterer klart bedre kompetanse og bedre kunnskap om hva egen og andre faggrupper kan yte for pasientgruppen.
- 98 % av deltakerne angir at de sannsynligvis kommer til å endre klinisk praksis. Dette gjenspeiles etter 1 år der antall konsultasjoner per pasient per år er endret. For fysioterapeuter er frekvensen klart redusert, mens den er noe redusert for ergoterapeuter og vesentlig økt for logopeder. Det er imidlertid stor individuell variasjon.
- Antall pasienter sett i løpet av et år har i snitt steget med 1 til 2 brukere for alle faggrupper. Dette til tross for at 34-47 % av deltakerne ved grunnkurset så utfordringer med henblikk på å øke antall pasientkonsultasjoner.
- Alle faggrupper opplever hinder for kunne å yte best mulig tjenester. Blant de hyppigst nevnte hindrene er:
    - for sent mottatt henvisning til behandling
    - Ingen/begrenset mulighet for å se brukere utenfor egen klinikk/institusjon
    - for lite tid / utilstrekkelig refusjon

4.3 Faglige vurderinger fra involverte miljøer

I tillegg til kvalitative data fra intervjuer med pasienter og pårørende, og kvantitative data fra kartlegginger av fagpersoner, er en viktig del av Helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag de vurderinger og observasjoner som gjøres av de involverte aktørene. Norges Parkinsonforbund, nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser, nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus og Radboud er viktige meningsbærere. Fagveilederne for de inkluderte yrkesgruppene har den mest praksisnære kompetansen og deres vurderinger veier også tungt når

effekt og verdi av Parkinson Net skal evalueres. Fagdirektørene og rehabiliteringskontaktene i de regionale helseforetakene har også bidratt med vurderinger av modellen. Dette omtales i rapportens kapittel 8.0 om risikovurdering.

4.3.1 Norges Parkinsonforbund

Norges Parkinsonforbund (NPF) mener at pilotprosjektet har vist at ParkinsonNet har stor nytte både for fagpersoner, brukere og tjenesteapparatet. Modellen fungerer godt i norsk setting med enkelte tilpasninger og bør derfor utvides til å omfatte hele landet.

Erfaringene fra pilotprosjektet underbygger at systematisk kompetanseheving og nettverksbygging gir bedre og mer tilgjengelige tjenester. ParkinsonNet bidrar til bedre helhetlige tjenester, mer tverrfaglighet og styrket samhandling mellom spesialisthelsetjeneste, helse- og omsorgstjenester kommunalt og interkommunalt.

I pilotfylkene erfarer NPF at flere brukere er i gang med en oppfølging de tidligere ikke har hatt tilgang til, men ikke har etterlyst, fordi de ikke har visst at de kunne ha nytte av tiltakene.

- NPF har truffet personer som har fått tilbake stemmen og som nå kan kommunisere med omgivelsene etter flere år i stor grad av isolasjon. NPF har møtt personer som etter logopedisk trening tør å spise i sosiale sammenhenger uten å være redde for å sette maten i halsen.
- NPF har truffet mange som forteller at fysioterapeutens kompetanseheving har medført endring i behandlingen, fra passive tiltak til tiltak som er utviklet for å motarbeide de motoriske utfordringene sykdommen påfører.
- NPF har truffet personer som har fått hjelp av ergoterapeut til å strukturere en hverdag med kognitiv svikt og lært strategier for å håndtere variasjoner i energinivå og tiltakslyst. De har fått råd om hvordan de kan tilpasse bosituasjon og hjemmemiljø slik at de kan få et bedre liv til tross for sykdommen.
- NPF har lært at det finnes utrolig mange nyttige behandlingstilbud som tidligere ikke har vært tilgjengelige for denne gruppen.
- NPF har møtt fagpersoner som på vei inn i prosjektet har tenkt at de kan mye om Parkinson, men som etter kurs og nettverksbygging har innsett at de kun kjente til en begrenset del av sykdommen og hvilke tiltak som kan iverksettes.
- NPF har lært at det finnes svært få fagpersoner i kommunene med kompetanse på denne diagnosen/disse diagnosene, og at det sjelden finnes en strukturert tilnærming til personer med Parkinson innenfor kommunens organisering av helse- og omsorgstjenester

Riktig oppfølging vil føre til at personer med Parkinson kan klare å bo i sitt eget hjem lengre, forebygge fall, hindre sykehusinnleggelser og utsette behov for sykehjemsplass. Bedre livskvalitet både for de som lever med sykdommen i kroppen og deres pårørende.

4.3.2 Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser

Den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser (NKB) er av den oppfatning at pilotprosjektet har vært vellykket i det man har etablert tverrfaglige nettverk i de to pilotfylkene Rogaland og Oslo, i tillegg til at nettverkene har fungert etter intensjonen. Spesielt nevnes:

- et vesentlig kompetanseløft og endret klinisk praksis blant prosjektdeltakerne (ref.: spørreskjema, evaluering fra deltakere)
- økt mulighet for samhandling mellom fagprofesjonene og på tvers av helsenivåene (ref.: spørreskjema, evaluering fra deltakere)
- indikasjoner på pasientnytte (jfr. rapport fra Universitetet i Oslo «Pasienter og pårørendes erfaringer med pilotprosjekt ParkinsonNet - en kvalitativ evaluering»)

På denne bakgrunnen mener NKB at ParkinsonNet bør videreføres i pilotfylkene og suksessivt utvides til andre fylker til en nasjonal dekning er oppnådd. En nasjonal utvidelse kan gjennomføres som direkte implementering i regi av fagmiljøet og i samarbeid med brukerorganisasjonen, eller alternativt i prosjektform under ledelse av Helsedirektoratet og i samarbeid med fagmiljøet og brukerorganisasjonen, altså tilsvarende organiseringen av koordineringsgruppen i pilotprosjektfasen. Ut fra erfaringer fra Nederland og pilotprosjektet i Rogaland og Oslo, mener NKB at en nasjonal utvidelse forutsetter etablering av et nasjonalt koordineringssenter, i tillegg til tilstrekkelige ressurser for drift, utvikling av digitale/e-helse-løsninger og følgeforskning.

4.3.3 Nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus

Nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus (OUS) har, i tillegg til faglig bistand til prosjektet, innehatt rollen som koordinator for ParkinsonNet i Oslo. Deres vurdering er at ParkinsonNet gir økt kompetanse både særfaglig og tverrfaglig. Helsetjenesten har generelt for lite kunnskap om diagnosen og mulighetsrommet for god helhetlig oppfølgning. OUS mener at grunnkursene i modellen gjør at den særfaglige kompetansehevingen har god effekt. Den tverrfaglige kompetansehevingen er også sentral for å sikre «riktig fagperson til riktig tid». Særlig dette er viktig for brukere med Parkinson. De fleste lever med sykdommen i mange år og vil oppleve forskjellige og økende problemer av både motorisk og ikke motorisk art.

Det er svært hensiktsmessig at de forskjellige faggruppene i ParkinsonNet kjenner hverandre både særfaglig og tverrfaglig. Nyttig å vite hvem andre som er gode i oppfølgning av pasientgruppen for å sikre hensiktsmessig og helhetlig oppfølgning. Det forenkler og senker barrierer for å ta kontakt og for å henvise videre. Særlig nyttig å vite hvem som jobber i geografisk nærhet av der man selv praktiserer og i nærhet av der bruker bor.

En bred inkludering av fagpersoner med ansettelser både kommunalt, ved sykehus, på rehab sentre, på institutter/privat, sykehjem/helsehus legger til rette forhelhetlige nettverk på tvers av omsorgsnivå.

ParkinsonNet bidrar til en lettere tilgjengelig tjeneste for pasienter og pårørende. Det oppleves som om stadig flere vet om ParkinsonNet. OUS fremhever at i tillegg til et nettverk av fagpersoner som kan informere sine brukere om ParkinsonNet så har Norges Parkinsonforbund gjort en enorm innsats for å utvikle en oversiktlig og god nettside. Fagpersonregisteret er, og blir også i modifisert/forenklet form fremover, et viktig element.

4.3.4 Radboud

Radboud har veiledet pilotprosjektet i perioden april 2017 til april 2019. Som grunnleggere av konseptet har de vært en avgjørende faktor for aktivitetene som er gjennomført og resultatene som er oppnådd. De oppsummerer prosjektperioden de har vært involvert i på følgende måte:

We congratulate the Norwegian project team with the goals that have been achieved in the pilot project to implement ParkinsonNet in Rogaland and Oslo. Most importantly; the report about “Pasienters erfaringer med ParkinsonNet” shows that ParkinsonNet Norway has had a positive impact on people affected by Parkinson’s Disease (PD).

Activities described in the original project plan were executed, such as: training of professionals, a train the trainer curriculum in which Norwegian trainers were coached in doing the basic course themselves and building regional networks. Now, at the end of the project we can say that we have the faith that ParkinsonNet can be sustainable and grow into a mature and valuable network in Norway. The enablers for this success are the political support for ParkinsonNet, the support of the

patient organisation and the intrinsic motivation of the people involved in the project combined with their understanding of the ParkinsonNet concept (which highly increased during this project). Moreover: there are two functional regional ParkinsonNets in Rogaland and Oslo.

There are also some challenges for the success of ParkinsonNet in Norway. In relation to stakeholders, it is very powerful to show compelling quotes from patients, but it is also very important to have evidence of the effect of ParkinsonNet. Clear evidence ensures that stakeholders remain involved and continue to support the project, but also to convince others to embrace the concept such as non-member professionals and the professional organisations for OT ergoterapi), PT (fysioterapi) and SLT (logopedic). In communication it is key that disease specific networks such as ParkinsonNet can improve the quality of care, in collaboration with existing care. It should not be a competition between the both.

Another challenge is to support the people who are involved in the pilot project to bring it to a National implementation. A ParkinsonNet can only be successful when there is a continuous learning and implementation cycle. It is important to be very thoughtful about directing your energy to find a balance between what to do better tomorrow and what to improve the coming years. Both short- and long term plans are essential, but should never be interchanged.

From a system and infrastructure perspective, we see the need to improve things such as: positioning of SLT's(logopeder) in the system, availability of OT's (ergoterapeuter) in the community, the position of a national coordination centre, the formal rules about what membership for professionals entails, the use of e-health and videoconferencing tools.

Especially the use of e-health and videoconferencing tools are important when implementing ParkinsonNet in more remote areas than Rogaland and Oslo.

The project team has done a lot of work to make a success of the pilot project. For the future we see some barriers that have to be overcome or worked around by. But most importantly, we see that there is a huge potential to build a sustainable and national ParkinsonNet based upon what has been achieved in this pilot project.

4.3.5 Fagveiledere

To fagpersoner innen fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie innehar rollene som fagveiledere i Parkinson Net. Fysioterapeutene, ergoterapeutene og logopedene har gjennomgått et 12 måneders opplæringsløp i regi av Radboud. Alle åtte har god innsikt i praktisk gjennomføring av konseptet Parkinson Net og effekten modellen har hatt for yrkesgruppene de representerer. Samtlige fagveiledere mener at Parkinson Net bør videreføres som en nasjonal modell.

- Fysioterapeutene er den yrkesgruppen som tradisjonelt sett har hatt mest kontakt med pasientgruppen. Fysioterapeutene mener at pasienter og pårørende har hatt manglende forskningsbasert oppfølging før utprøvingen av ParkinsonNet. Terapeuter med kompetanse har vært få og konsentrert rundt store byer eller spesialiserte rehabiliteringsentre. Etter oppstart av ParkinsonNet i Rogaland og Oslo er det nå mulighet for å gjøre terapeuter med kompetanse tilgjengelig. Ved å gi pasientgruppen optimal oppfølging vil de som kroniske pasienter leve best mulig med sykdommen, øke livskvaliteten, forbli yrkesaktive, og bo i eget hjem lenger.
- Ergoterapeutene anser ParkinsonNet som en god måte å tilby likeverdige tjenester uansett hvor i landet pasienten og deres pårørende bor. Modellen gir mulighet for tidligere behandling som kan bidra til økt selvstendighet og økt livskvalitet. Tidlig innsats med riktig kompetanse kan potensielt utsette behovet for hjelpetjenester og trolig føre til reduserte sykehus- og sykehjemsinnleggelser.

- Logopedene trekker frem at det er essensielt å øke kompetansen blant logopeder for hvordan behandle komplikasjoner hos pasienter med Parkinson. Hvordan logopeder med Parkinsonspesifikk kompetanse behandler lav stemme, redusert pustekapasitet, redusert spyttkontroll og utfordringer med spising og drikking hos personer med Parkinson er svært forskjellig fra den tradisjonelle tilnærmingen som har vært/ er i Norge. Nettverksbygging vil også være med på å drive den evidensbaserte tilnærmingen videre, øke interdisiplinært samarbeid, øke kvaliteten på behandlingen og effektivisere denne hjelpen. Logopedene tror også at ParkinsonNet til en viss grad vil kunne bidra positivt til andre områder innen det logopediske behandlingsfeltet for voksne.
- Sykepleierne peker på at en tverrfaglig tilnærming for å møte de utfordringene sykdommen gir, er den eneste fornuftige tilnærmingen. Dette er en innsikt de har fått gjennom samarbeidet med de andre faggruppene i nettverket. Sykepleierne ser verdien av at de nå kan henvende seg til fysioterapeuter, ergoterapeuter og logopeder med rett kompetanse i det lokale miljøet rundt pasienter og pårørende. En god tverrfaglig tilnærming vil kunne sette personer med Parkinson i stand til å kunne bo lengst mulig hjemme, med personlige tilpassede tiltak. Sykepleierne forventer færre «unødvendige» sykehusinnleggelser.

5.0 Sentrale komponenter i ParkinsonNet Norge

Ved en nasjonal utvidelse og eventuell fremtidig implementering av ParkinsonNet i Norge, er det flere komponenter som må utvikles. Komponentene er fundamentert på innholdet i ParkinsonNet i Nederland. Gjennom pilotprosjektet har Helsedirektoratet samlet erfaringer fra utprøvingen i to fylker. De følgende innholdsbeskrivelsene må anses som førende for det konseptet som eventuelt utvikles i Norge. Dette for å ivareta kjernen i ParkinsonNet og bygge videre på den kunnskapen pilotprosjektet har ført med seg. Dersom ParkinsonNet skal utvides nasjonalt kan Helsedirektoratet bidra med utvidet informasjon om innholdet som beskrives her. Komponentene det er snakk om kan trinnvis utvikles og organiseres. Et eventuelt videre utviklingsprosjekt må ta stilling til hva som kan/må utvikles/organiseres på kort og lang sikt. Kapitlene som følger er ment som en innføring i innhold som må på plass for at ParkinsonNet skal fungere tilnærmet optimalt.

Nettverksdriften er kjernen i modellen og i hvert ParkinsonNet-område må det legges til rette for en kontinuerlig rekruttering og treningsprosess med disse obligatoriske elementene:

- Rekrutteringsprosess der fagpersoner må søke om opptak. Søknaden bør inkludere beskrivelse av motivasjon for deltakelse i ParkinsonNet.
- Kartlegging av erfaring og kompetanse knyttet til arbeid med Parkinson.
- E-læringskurs.
- Tre-dagers grunnkurs med foredrag, nettverksbygging og praktisk trening.
- Anbefalt tre nettverkssamlinger i ParkinsonNet-områdene per år (enten fysisk og/eller videokonferanser). Faglig innhold, inkludert samarbeidstematikk, og lengde på møtene defineres etter behovene til fagpersoner, pasienter og pårørende.
- Webinarer (nettbaserte seminarer)
- Nasjonale samlinger.

5.1 Systematisk brukermedvirkning på alle nivåer

ParkinsonNet er en pasientsentrert nettverksmodell. Erfaringer fra pilotprosjektet viser at systematisk brukermedvirkning i alle faser har vært både nødvendig for gjennomføring av arbeidet, samt gitt innholdet legitimitet og kvalitet. Norges Parkinsonforbund har bidratt med

brukerkompetanse og praktisk hjelp til gjennomføring av arrangementer i piloten. Skal ParkinsonNet utvikles og drives videre, må brukerorganisasjonen og pasienter og pårørende inkluderes.

5.1.1 Brukermedvirkning i nasjonal utvidelse

ParkinsonNet skal samle miljøer som arbeider med diagnosegruppen og bidra til nasjonal likhet i tjenestene som tilbys pasientene og deres pårørende. Modellen gir anledning til å organisere et partnerskap mellom helseforvaltning, fagmiljøer og brukerorganisasjonen. ParkinsonNet bør ha en styringsgruppe/et styre som består av minimum de samme miljøene, og der brukerkompetansen til Norges Parkinsonforbund får en sentral plass.

5.1.2 Brukermedvirkning i etablering drift av ParkinsonNet-områder

ParkinsonNet skal bygges opp og driftes basert på pilarene i den nederlandske modellen. Standardisering er avgjørende for nasjonal likhet i tilbudet som ytes. Samtidig vil de 15 ParkinsonNet-områdene ha behov for lokale tilpasninger i sin etablering og drift. Norges Parkinsonforbund har vært sentrale i etableringen av nettverkene i de to pilotfylkene, og forbundet må være representert i etablerings- og driftsgrupper ved hvert ParkinsonNet-område.

5.1.3 Brukermedvirkning i behandling og oppfølgning

ParkinsonNet har brukermedvirkning som en sentral del av treningen og opplæringen som gis til alle fagpersoner i nettverket. Oppfølgningen som gis skal baseres på den enkeltes behov og ønsker. Tilnærmingen hver fagperson skal ha skal gjøre den enkelte pasient bedre i stand til å mestre egen situasjon. Tilpasset informasjon til pasienter og pårørende om sentrale forhold i oppfølgning og behandling skal bidra til at hver person har bedre muligheter til å styre egen prosess.

5.1.4 Systematisk brukermedvirkning i utforming og spredning av informasjon

Norges Parkinsonforbund er eneste brukerorganisasjon for diagnosegruppen i Norge. De har som formål å arbeide systematisk for å styrke den enkelte pasient og pårørende. ParkinsonNet bør baseres på et nært partnerskap med organisasjonen for å utnytte den erfaringen og det nettverket de har utviklet gjennom flere år. ParkinsonNet har nytte av nettverket som er etablert, informasjonen som utarbeides til pasienter og pårørende, samt informasjonen som er utviklet spesielt for fagpersoner.

ParkinsonNet i Norge må ta brukermedvirkningen flere skritt videre fra det som i dag gjøres i Nederland. En norsk modell vil få økt kvalitet ved blant annet å benytte de informasjons-, råd og veiledningstjenester som bidrar til å styrke individet og utløse brukerens egne ressurser i håndtering og mestring av egen sykdom. Et slikt tilbud supplerer tjenestene i spesialisthelsetjenestene og kommuner.

5.2 Nasjonal koordineringsfunksjon for ParkinsonNet

Et norsk ParkinsonNet har behov for en overordnet nasjonal koordineringsfunksjon. Dette for å sikre helhet i en nasjonal utvidelse av ParkinsonNet-områdene, nasjonal likhet i kompetanse og tilbud, samt nasjonal tilgang på spisskompetanse innen fagfeltene som omfattes av modellen. Den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser (NKB) innehar allerede en posisjon som nasjonalt kompetansemiljø. Det er likhet i ansvarsområdene for koordineringsfunksjonen og mandatet til NKB. Ved en utvidelse av ParkinsonNet nasjonalt må det utredes hvordan en nasjonal koordineringsfunksjon for ParkinsonNet skal organiseres. En mulighet er at koordineringsfunksjonen tilknyttes NKB, både fysisk og organisatorisk. En slik rolle må forankres og plasseres i de regionale helseforetakene som har «sørge for ansvar».

5.2.1 Bemanning og arbeidsoppgaver

En nasjonal koordineringsfunksjon for ParkinsonNet vil være sentral i utvikling og eventuell drift av modellen i Norge. I kapittel 9.0 omtales hvordan en eventuell nasjonal utvidelse kan koordineres i påvente av at strukturen for en nasjonal koordineringsfunksjon utredes. Som et minimum må koordineringsfunksjonen tilføres leder, administrative støttefunksjoner og ParkinsonNet-fagveiledere som skal bistå i utviklingsprosessen og videre drift. Det er en klar sammenheng mellom hvor mye ressurser som tilføres funksjonen og den kvalitet som kan forventes av en nasjonal utvidelse og eventuelt senere drift.

5.2.1.1 Leder

En nasjonal koordineringsfunksjon har behov for en leder i 100 prosent stilling. Sentrale oppgaver vil være:

- Daglig ledelse av koordineringsfunksjonen
- Personalansvar for ansatte ved koordineringsfunksjonen
- Faglig oppfølgning av koordinatorer i ParkinsonNet-områdene
- Være bindeledd mellom ParkinsonNet og Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser
- Være bindeledd mellom ParkinsonNet og Norges Parkinsonforbund
- Være bindeledd mellom ParkinsonNet og Radboud
- Være bindeledd mellom ParkinsonNet og regionale helseforetak
- Være bindeledd mellom ParkinsonNet og fagorganisasjonene for profesjonene tilknyttet ParkinsonNet
- Støtte etablering av nye ParkinsonNet-områder
- Bistå i drift av eksisterende ParkinsonNet-områder
- Koordinere utvikling og oppdatering av kunnskapsgrunnlaget som ParkinsonNet baserer seg på
- Koordinere utvikling og vedlikehold av tilpasset informasjon til pasienter og pårørende
- Koordinere utvikling og vedlikehold av informasjon til fagpersoner
- Koordinere forskning og monitorering tilknyttet aktiviteter og tjenester i ParkinsonNet

5.2.1.2 Nasjonale ParkinsonNet-fagveiledere

ParkinsonNet skal systematisk trene nye og eksisterende fagpersoner i de 15 ParkinsonNet-områdene. En nasjonal koordineringsfunksjon har behov for spesielt kvalifiserte fagpersoner(fagveiledere) innenfor de profesjoner som til enhver tid er inkludert i ParkinsonNet. I 2020 vil dette gjelde yrkesgruppene fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og sykepleiere. Det er behov for minimum 100 prosent stillingshjemmel for hver profesjon. De som ansettes trenger ikke være fysisk til stede ved koordineringsfunksjonen, men kan basere seg på hjemmekontor eller andre løsninger. Stillingen bør være fordelt på minst to personer slik at de kan fortsette med klinisk arbeid. I tillegg til disse stillingene bør det tilknyttes fagpersoner i ulike ParkinsonNet-områder som kan bistå spesielt ved gjennomføring av grunnkurs og fagsamlinger. Det vil gjøre ParkinsonNet mindre sårbart for frafall av fagveiledere, samt styrke nettverket nasjonalt. Rollen som fagveileder for henholdsvis fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie er ny i norsk sammenheng og vil utvikle seg over tid. Grunnleggende oppgaver vil kunne være:

- Planlegge og gjennomføre faglig innhold i grunnkurs.
- Bidra med faglig innhold til fagsamlinger i ParkinsonNet-områdene. Dette kan omfatte presentasjoner (enten fysisk til stede eller via video), samt utvikling av kursmateriale, treningsopplegg eller lignende.

- Være tilgjengelig for faglig veiledning av fagpersoner innenfor og utenfor ParkinsonNet. Dette bør baseres på møter i virtuelle møterom.
- Være tilgjengelig for fagpersoner innenfor og utenfor ParkinsonNet med pasienter til stede via videokonsultasjoner.
- Støtte og drive frem tverrfaglig arbeid i ParkinsonNet-områdene
- Utvikling og vedlikehold av kunnskapsgrunnlaget som benyttes i ParkinsonNet.
- Presentasjoner og undervisning på nasjonale og internasjonale kurs og konferanser.

5.2.1.3 Administrativ støtte

En nasjonal koordineringsfunksjon har behov for minimum to fulle stillinger for å gi administrativ støtte både til egen drift og ikke minst til å bistå ParkinsonNet-områdene. Merkantilt- og kommunikasjonsarbeid vil ligge til stillingene. Sentrale arbeidsoppgaver vil være:

- Løpende administrativ støtte til leder for koordineringsfunksjonen.
- Bistand til ParkinsonNet-fagveiledere og andre fagpersoner tilknyttet koordineringsfunksjonen.
- Bistå koordinatorene i ParkinsonNet-områdene med gjennomføring av grunnkurs og fagsamlinger. Herunder drift av kartleggingsskjemaer, evalueringsskjemaer, bistå i utvelgelse og booking av arrangementssteder, bistå i håndtering av påmeldinger, utarbeidelser av informasjonsmateriale og markedsføring av arrangementer.
- Utvikling og drift av domene/nettsted tilknyttet ParkinsonNet.
- Utvikling og drift av fagpersonregister og søkemotor på helsenorge.no.
- Produsere og vedlikeholde informasjon til pasienter og pårørende.
- Produsere og vedlikeholde informasjon til fagpersoner
- Produsere og vedlikeholde e-læringsmoduler tilknyttet ParkinsonNet.

5.2.1.4 Fasiliteter, utstyr og utgiftsposter

Koordineringsfunksjonen og ParkinsonNet-fagveiledere skal være aktivt til stede i utvikling og drift av ParkinsonNet nasjonalt. I tillegg til de nevnte yrkesgruppene som i dag utgjør ParkinsonNet-fagveiledere, vil trolig nye profesjoner smeltes inn i ParkinsonNet. I Nederland består spekteret av yrkesgrupper av 17 profesjoner og ParkinsonNet i Norge må ta stilling til hvilke flere grupper som skal inkluderes. Ernæringsfysiolog er fremmet som neste gruppe som bør inkluderes. Dette vil påvirke omfanget av rammevilkårene som er skissert under.

Behov	**Begrunnelse**
Kontorplasser til tre faste ansatte.	I daglig drift vil minst tre personer ha behov for kontorplass.
Kontorplass til inntil åtte deltidsansatte.	ParkinsonNet-fagveiledere vil i 2020 utgjøre åtte personer. Alle vil trolig ikke fysisk jobbe ut fra koordineringsfunksjonen daglig, men vil ha behov for kontorplass i perioder.
Tilgang til videokonferanserom med plass til minimum 12 personer.	ParkinsonNet vil basere seg på stor aktivitet via video. Koordineringsfunksjonen må ha tilgang på et stort videokonferanserom for å gjennomføre større møter. Rommet må være tilknyttet Norsk Helsenett og Cisco Meetings.
Tilgang til minimum to mindre videokonferanserom.	ParkinsonNet-fagveiledere skal gi veiledning til fagpersoner (med og uten pasienter til stede) nasjonalt. Dette krever videorom og utstyr

	knyttet til Norsk Helsenett og Cisco Meetings.
Minimum 11 sett med bærbare PC'er med mobilt brebånd, mikrofon og ekstern høyttaler.	Rollen som koordineringsfunksjon og ParkinsonNet-fagveileder vil innebære reisevirksomhet og bruk av kontorløsninger utenfor funksjonens lokaler. Hver ansatt må kunne jobbe der de til enhver tid er. Løsningen må være tilknyttet Norsk HelseNett og Cisco Meetings for å kunne delta i sikre virtuelle møterom.
Minimum 11 sett iPhone tjenestetelefoner.	Rollen som koordineringsfunksjon innebærer reisevirksomhet. Tjenestetelefoner er nødvendig for å være tilgjengelig der de befinner seg. iPhone er nødvendig for å bruke appen for Cisco Meetings, Cisco er nødvendig for å delta på sikre videomøter.
Programvare for utvikling og drift av nettsted.	ParkinsonNet vil trolig ha behov for eget domene/nettsted, eller i det minste eget område på eksisterende domene/nettsted.
Programvare for kartlegging og evalueringer.	ParkinsonNet baserer seg på systematisk kartlegging av inkluderte fagpersoner, samt evaluering av arrangementer.
Programvare for bilde- og videoredigering.	ParkinsonNet vil systematisk dokumentere og publisere aktivitetsartikler. Videre skal koordineringsfunksjonen utvikle digitalt informasjonsmateriale til pasienter, pårørende og fagpersoner.
Reise- og kursbudsjett.	Rollen som koordineringsfunksjon og ParkinsonNet- fagveileder vil forutsette tilstedeværelse på grunnkurs, fagsamlinger, driftsmøter, nasjonale og internasjonale konferanser og andre møteplasser.
Programvare for påmeldinger og kurshåndtering.	ParkinsonNet er et konsept med mange arrangementer nasjonalt. Påmeldinger og kurslogistikk må kunne håndteres i et effektivt IKT-system.

5.3 ParkinsonNet-koordinatorer i ParkinsonNet-områdene

I Nederland er det etablert om lag 70 nettverk nasjonalt. Hvert av nettverkene har en frivillig koordinator som i ulikt omfang understøtter aktiviteten i sin region (tilsvarende det som i norsk sammenheng omtales som ParkinsonNet-område). Koordinatoren er frivillig og en del av fagnettverket. I tillegg er det et mangfold av regionale rådgivere ansatt sentralt i Radboud som bistår koordinatorene merkantilt og administrativt.

I den videre utviklingen av et nasjonalt ParkinsonNet er den foreløpige anbefalingen at det opprettes ParkinsonNet-koordinatorer ved nevrologiske avdelinger på følgende steder:

Oslo universitetssykehus, Stavanger, Haukeland, Kristiansand, Skien, Tønsberg, Drammen, AHUS, Kalnes, Lillehammer, Førde, Molde, St. Olav, Bodø, Tromsø.

5.3.1 Koordinatorens rolle og oppgaver

I pilotprosjektet har koordinatoren vist seg å være avgjørende for utviklingen av de to ParkinsonNet-områdene i Rogaland og Oslo. Hver av de 15 ParkinsonNet-områdene må ha sin faste ansatte koordinator. Som et absolutt minimum må hver koordinator inneha 60 prosent stilling for å kunne løse sine oppgaver. Et alternativ er at rollen legges til en parkinson-sykepleier som skal/kan ha et koordinerende ansvar for både pasientgruppen og fagpersoner i ParkinsonNet.

Blant de sentrale ansvarsområdene kan det nevnes:

- Rekruttere fagpersoner til ParkinsonNet.
- Koordinere gjennomføringen av grunnkurs for nye fagpersoner.
- Støtte og bidra til tverrfaglig arbeid i sitt ParkinsonNet-område
- Koordinere gjennomføringen av 2-4 fagsamlinger for fagpersoner.
- Lede etablerings- og driftsgruppe for ParkinsonNet-området
- Informere eget helseforetak om ParkinsonNet.
- Informere og følge opp helse- og omsorgstjenester i tilhørende kommuner/bydeler.

5.3.2 Øvrig nødvendige personalressurser i ParkinsonNet-områdene

Et mål med ParkinsonNet er at det etableres selvgående og aktive ParkinsonNet-områder som samspiller med den nasjonale koordineringsfunksjonen. For å koordinere et ParkinsonNet-område har koordinatoren behov for samarbeid og ressurser internt i helseforetaket og ParkinsonNet-området. Primært er det avgjørende at en eller flere nevrologer rekrutteres til:

- Kursing av fagpersoner i nettverket.
- Informasjonsarbeid om ParkinsonNet internt i helseforetaket.
- Informasjonsarbeid ut mot tilhørende kommuner, bydeler og rehabiliteringsinstitusjoner.

I tillegg vil koordinatoren ha behov for faglig bistand og tidvis praktisk hjelp fra fagpersoner innen fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie. Avhengig av tilgjengelige personer kan disse hentes enten fra helseforetaket og/eller fra fagpersoner i ParkinsonNet-området. Det bør utforskes om hvert ParkinsonNet-område kan velge en leder for hver faggruppe. Denne fungerer som hovedkontakt for sin faggruppe og bistår aktivt med planlegging og gjennomføring av grunnkurs, fagsamlinger og webseminarer.

5.3.3 Fasiliteter, utstyr og utgiftsposter

For å være en aktiv bidragsyter i ParkinsonNet har hver koordinator behov for ulike fasiliteter, utstyr og økonomiske rammer.

Behov	**Begrunnelse**
Tilgang på møterom.	Koordinatoren skal samle etablerings- og driftsgruppe for sitt ParkinsonNet-område. Møtelokaler må være enkelt tilgjengelig.
Lokaler for grunnkurs.	Optimalt sett bør koordinatoren ha tilgang på møtelokaler slik at grunnkurs kan arrangeres i helseforetaket. Dette er økonomisk gunstig og forankrer ParkinsonNet i helseforetaket.
Lokaler for fagsamlinger.	Koordinator skal gjennomføre 2-4 fagsamlinger hvert år. Optimalt sett bør lokalene være tilgjengelig i helseforetaket. Det er økonomisk gunstig og forankrer ParkinsonNet i

	helseforetaket.
Tilgang på videorom.	Koordinator skal jevnlig samhandle med den nasjonale koordineringsfunksjonen og med andre koordinatorer. Dette vil i hovedsak skje via virtuelle møterom.
Budsjett for reise, kurs og konferanser.	Koordinator bør ha mulighet til å delta på møter i ParkinsonNet-området, møter med andre koordinatorer, samt nasjonale kurs og samlinger om Parkinson. I tillegg vil det være nødvendig at koordinatorer deltar/bidrar på andre koordinatorers grunnkurs og fagsamlinger. Det vil også være behov for fysiske møter med koordineringsfunksjonen.

5.4 Portal for Parkinson og ParkinsonNet på helsenorge.no

5.4.1 Kvalitetssikret og jevnlig oppdatert informasjon til pasienter og pårørende

Helseportalen helsenorge.no må utvikles til å bli et naturlig sted der personer med Parkinson og deres pårørende finner informasjon om ParkinsonNet og sin diagnose. I tillegg til oppdatering av informasjonen som allerede er publisert, bør det utvikles e-læringsprogrammer og etableres et område om ParkinsonNet. Allerede utviklet informasjon til pasienter og pårørende fra Norges Parkinsonforbund, den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser og andre aktører bør vurderes inkludert på sidene. En redaksjonsgruppe, med tilknytning til en nasjonal koordineringsfunksjon (se kapittel 5.0), bør settes sammen for å sikre kontinuerlig kvalitetssikret informasjon på sidene.

5.4.2 Søkemotor for fagpersoner i ParkinsonNet

Synlighet vil være en nøkkel for optimal utnyttelse av et norsk ParkinsonNet. En database med alle fagpersoner som er inkludert i ParkinsonNet bør legges på helsenorge.no og vises i et «geo-map». En løsning der det tastes inn aktuell adresse og tilgjengelige fagpersoner vises på et kart. En slik løsning benyttes i Nederland og kan utvikles i Norge. Direktoratet for E-helse kan utvikle dette dersom finansiering kommer på plass.

5.4.3 Videokonsultasjoner og virtuelle møterom

Intensjonen med ParkinsonNet i Norge er blant annet at modellen skal bidra til nasjonal likhet i tilbudet til pasienter og pårørende. Modellen skal også bidra til mer effektive tjenester og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og andre sektorer. For å få dette til, må modellen utnytte kompetansen som bygges opp nasjonalt. Koordineringsfunksjonens ressurser skal være tilgjengelig for nettverksmedlemmer, og nettverket skal bistå hverandre i et dynamisk samspill. Med utgangspunkt i Norges geografi må arbeidsmetodikken basere seg i stor grad på veiledning via videokonsultasjoner og møter i virtuelle møterom. I prosjektperioden har Cisco Meetings, en løsning tilknyttet og anbefalt fra Norsk Helsenett, blitt brukt til møtevirksomhet. Disse verktøyene vil dekke flere behov i et norsk ParkinsonNet.

- De kan benyttes i ParkinsonNet-fagveiledernes veiledning og trening av fagpersoner i ParkinsonNet-områdene.
- De kan benyttes til å gi veiledning til fagpersoner som har pasienter med Parkinson, men som ikke er en del av ParkinsonNet.
- De kan benyttes til dialog mellom fagpersoner og pasienter.

- De kan benyttes til å gjennomføre webseminarer, både i det enkelte ParkinsonNet-området og nasjonalt, som minsker utfordringer knyttet til samlinger i områder med store geografiske avstander.

For at videokonsultasjoner og virtuelle møterom skal bli aktivt brukt må flere problemstillinger håndteres.

- Det eksisterer ikke takster for aktiv bruk av slike løsninger for fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og sykepleiere.
- Mange fagpersoner i nettverkene har ikke maskin- og programvare til å benytte løsningene.
- Mange lokale IT-systemer tillater ikke bruken av løsningene.

5.4.4 Digital samhandlingsplattform

Samhandling er nøkkelen til effektiv tverrfaglighet. ParkinsonNet skal knytte sammen ulike faggrupper, helsenivåer og sektorer. Dette krever et system for digital samhandling. Plattformen må ivareta minst følgende områder:

- Deling av journal
- Diskusjon av faglige problemstillinger
- Pasienter, og eventuelt pårørende, kan bidra i egen prosess
- Mulighet for kommunikasjon og veiledning mellom fagpersoner.

Helsedirektoratet mener at dette er behov som er generiske og en samhandlingsløsning må utvikles for en bred gruppe. Helsedirektoratet har sett nærmere på offentlige og private initiativ som retter seg mot slike løsninger. Behovene i et ParkinsonNet bør kobles på slike utviklingsløp.

5.5 Kunnskapsgrunnlag og læringsplattform for trening, veiledning og informasjonsmaterialet i ParkinsonNet

ParkinsonNet skal kjennetegnes av kunnskapsbasert praksis, nasjonal likhet i tjenester og lett tilgjengelig informasjon for fagpersoner. Dette forutsetter en systematisk tilnærming til kunnskapsgrunnlaget som benyttes og effektive læringsplattformer.

5.5.1 Kunnskapsgrunnlaget

ParkinsonNet må til enhver tid baseres på et oppdatert kunnskapsgrunnlag. Pilotprosjektet vil trolig utforme en oversikt over kunnskapsgrunnlaget som bør være basis for treningen av fagpersoner i Norge. Denne prosessen vil gjøres i samråd med de relaterte profesjonsorganisasjonene. I et norsk ParkinsonNet må det etableres struktur og rutiner for kontinuerlig fokus på kunnskapsgrunnlaget som modellen baserer seg på. I samspill med den nasjonale kompetansetjenesten, må den nasjonale koordineringsfunksjonen for ParkinsonNet og ParkinsonNet-fagveilederne være oppdatert på internasjonal og nasjonal forskning og utvikling på feltet.

I tillegg til kunnskapsgrunnlag spesifikt utviklet for Parkinson, vil strukturen og systematikken i ParkinsonNet egne seg særdeles godt for implementering av mer generisk relevant kunnskap. Eksempler på dette er:

- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.
- Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov.

5.5.2 Læringsplattform

Fagpersoners trening i ParkinsonNet starter allerede før grunnkurset med et obligatorisk e-læringsprogram. Programmet gir grunnleggende innsikt i diagnosen, medisinering og behandling. ParkinsonNet Norge vil ha et behov for en slik læringsplattform. Den kan eksempelvis basere seg på e-læringen prosjektet har leid fra Radboud og kombineres med et e-læringsprogram utviklet av Norges Parkinsonforbund og den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser. I tillegg vil det være behov for ytterligere e-læringer, både fagspesifikke og tverrfaglige, for å øke kunnskapsnivået og kunne tilby kompetanseheving nasjonalt.

5.5.3 Quick referencecards

Kunnskapsgrunnlaget knyttet til Parkinson er omfattende og mangfoldet i pasientgruppen er stort. Systematisk trening og innsikt i retningslinjer fagspesifikt og tverrfaglig er førende for all praksis i modellen. For at fagpersonene i nettverket skal ha den mest sentrale kunnskapen lett tilgjengelig bør anbefalinger fra kunnskapsbasert praksis og forskning samles i oppsummeringer (Quick reference cards). Fagveiledere, den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser og den nasjonale koordineringsfunksjonen bør utarbeide oppsummeringene sammen med de relaterte fagprofesjonene. Anbefalingene må være laget digitalt. På kort sikt kan de samles i en PDF, men på lenger sikt bør slike oppsummeringer gjøres tilgjengelige for ulike løsninger som SMART-telefon, nettbrett og PC.

5.6 Andre kostnadsområder

ParkinsonNet baserer seg på kontinuerlig trening, rekruttering og utvikling. I tillegg til stillingshjemler, driftsmidler og investeringer i IKT og annet utstyr er det behov for årlige budsjetter til gjennomføring av obligatoriske aktiviteter i modellkonseptet. I kapittel 9.4 skisseres noen av de mest synlige kostnadskategoriene. I det følgende omtales noen kostnadsområder som er viktige for en vellykket utvidelse, og eventuelt videre drift, av ParkinsonNet.

5.6.1 Brukerkompetanse

ParkinsonNet vil være avhengig av et tett samarbeid med Norges Parkinsonforbund. I pilotprosjektet har de bidratt på systemnivå i koordineringen av prosessen. Tilsvarende brukerkompetanse vil være avgjørende for en kvalitetsbasert implementeringsprosess, og være nødvendig ved varig drift av ParkinsonNet. Hvordan denne brukerkunnskapen på overordnet nivå skal organiseres, må avklares og avgrenses ved overgang til en utvidelse av ParkinsonNet. Samtidig er det helt klart at kompetansen må kjøpes og ikke kan forventes levert uten økonomisk kompensasjon.

5.6.2 Grunnkurs i ParkinsonNet-områdene

ParkinsonNet har et standardisert grunnkurs som må gjennomføres av hver deltaker. Hvert ParkinsonNet-område må ha eget kurs ved oppstart av et nytt nettverk og det må jevnlig/årlig avholdes nye grunnkurs for tilsiget av flere deltakere og yrkesgrupper. Flere ParkinsonNet-områder kan arrangere grunnkurs sammen der dette er hensiktsmessig. Kurset går over tre dager, og det må gjøres tilgjengelig midler til lokaler, overnatting, måltider, kursmateriale, bevertning, nettverksbyggende aktiviteter, samt reiseutgifter for deltakere. Erfaring fra prosjektet viser at det er utfordringer med egenandeler eller at det forutsettes at utgifter dekkes av arbeidsgiver. Et virkemiddel for en fordeling av kostnader kan eksempelvis omtales/avklares i samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og tilhørende kommuner/bydeler.

5.6.3 Fagsamlinger i ParkinsonNet-områdene

Fagsamlinger er et avgjørende ledd i ParkinsonNet. Fagpersoner som har gjennomført grunnkurs møtes 2-4 ganger per år. De har fagspesifikke og tverrfaglige trenings- og informasjonssesjoner. det

må gjøres tilgjengelig midler til lokaler, overnatting, måltider, eksterne foredragsholdere, samt reiseutgifter for deltakere. Erfaring fra prosjektet viser også her at det er utfordringer med egenandeler eller at det forutsettes at utgifter dekkes av arbeidsgiver. Et virkemiddel for en fordeling av kostnader kan eksempelvis omtales/avklares i samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og tilhørende kommuner/bydeler.

5.6.4 Nasjonal konferanse

Konseptet ParkinsonNet inkluderer nasjonale konferanser, som samler fagmiljøene som er inkludert i nettverket. Fokus kan være internasjonal og nasjonal forskning og utvikling, internasjonale og nasjonale erfaringer og aktiviteter, samt innhold som styrker den nasjonale modellen. Det må gjøres tilgjengelig midler til lokaler, måltider og foredragsholdere. Aktuelt med egenandel for deltakere.

5.6.5 Etablerings- og driftsgrupper i ParkinsonNet-områdene

Ved oppstart og drift av ParkinsonNet-områder er det behov for en bredt sammensatt gruppe i tillegg til koordinatoren for ParkinsonNet-området. Dette må minimum være to brukere, samt representanter for faggruppene fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie. Det må gjøres tilgjengelig midler til møtegodtgjørelse og dekning av reiseutgifter. Det er ikke realistisk at den enkelte vil dekke utgifter selv. For flere vil det medføre tap av arbeidsinntekt når de bidrar inn i ParkinsonNet. Et virkemiddel for en fordeling av kostnader kan eksempelvis omtales/avklares i samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og tilhørende kommuner/bydeler.

5.6.6 Medlemskap i ParkinsonNet International

Idealet i ParkinsonNet er at tjenestene som ytes er basert på nyeste kunnskap. Videre er det sentralt for effekten av ParkinsonNet at nettverket nasjonalt forblir i tråd med de sentrale prinsippene og ikke "vannes ut" i den daglige driften. Det vil derfor være nødvendig at Norge har et medlemskap i ParkinsonNet International. Gjennom medlemskapet får ParkinsonNet Norge jevnlig tilsig av internasjonal forskning og utvikling på feltet. I tillegg vil medlemskapet bidra til at nettverket nasjonalt opprettholder fokuset på hovedpilarene i ParkinsonNet International. Den nasjonale koordineringsfunksjonen og fagveilederne vil ha rask tilgang på internasjonal ekspertise og bli invitert til fagsamlinger og samarbeidsprosjekter.

6.0 ParkinsonNet i relasjon til andre virkemidler og satsninger

ParkinsonNet skal etablere faglige nettverk i ParkinsonNet-områder. ParkinsonNet-områdene er tenkt forankret i spesialisthelsetjenesten ved nevrologiske avdelinger med tilhørende områdeansvar i 15 helseforetak. Fagpersonene som er tilknyttet hvert ParkinsonNet-område vil, basert på erfaringene fra pilotprosjektet, i all hovedsak være fagpersoner fra kommunene, men ParkinsonNet er åpent for fagpersoner uansett hvor de er ansatt. Det er derfor nærliggende at modellen forankres med andre satsninger mot primærhelsetjenesten og utnytter etablerte strukturer og virkemidler. En videreføring av ParkinsonNet bør utvikles sammen med blant annet følgende virkemidler og satsninger:

6.1 Individuell plan og koordinator

ParkinsonNet-modellen ser ut til å være svært godt egnet til å utnytte mulighetene som ligger i bruken av individuell plan (IP) og koordinator. Personer med Parkinson har i dag i liten grad IP. IP er et verktøy for å koordinere innsatsen fra fysioterapeuter, ergoterapeuter og logopeder, samt flere profesjoner når disse eventuelt inkluderes i ParkinsonNet. Planen vil også være gunstig for å kombinere faginnsats fra både fagpersoner i ParkinsonNet og andre yrkesutøvere rundt personen med diagnosen. ParkinsonNet vil inkludere opplæring i individuell plan og koordinator i nettverksdeltakernes kompetanseheving. Dette vil trolig også styrke/øke bruken av disse

virkemidlene for andre grupper enn Parkinson da fagpersonene i ParkinsonNet i all hovedsak også følger opp andre diagnosegrupper.

6.2 Primærhelseteam

Satsningen på primærhelseteam vil blant annet styrke ressurser og kompetanse ved fastlegekontorene. Inklusjon av sykepleier skal bidra til et bedre tilbud for ulike målgrupper. En av målgruppene er kronisk syke. Fastlegene bør ha en sterk rolle inn i forløpene til personer med Parkinson. Dette er etterlyst av både pasienter og fagpersoner i ParkinsonNet. I snitt har en fastlege 1,5 pasienter med Parkinson. Det er ikke realistisk at fastlegen kan inkluderes i ParkinsonNet på samme måte som de nåværende yrkesgruppene, men ved større fastlegekontor kan sykepleierene være bindeleddet mellom ParkinsonNet-området og fastlegene. Raskere henvisninger, strukturert tverrfaglige prosesser og god flyt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er mulige gevinster. En videreføring av ParkinsonNet må inkludere potensialet for synergier i samspill med utviklingen av primærhelseteam.

6.3 Oppfølgningsteam

Disse teamene skal blant annet bidra til tidlig innsats og helhetlig tilnærming til pasienter med store og sammensatte behov. Personer med Parkinson vil i en lang del av sitt diagnoseforløp falle inn under slike inklusjonskriterier. Det vil være nærliggende å se på hvordan en tverrfaglig organisering i oppfølgningsteamene kan suppleres/styrkes etter inspirasjon fra tankesettet i ParkinsonNet. I mange kommuner vil det være de samme fagpersonene som utgjør oppfølgningsteam og de som er med i ParkinsonNet. ParkinsonNet, og mulige andre tilsvarende nettverk, kan være med på å øke innsikt i diagnoser teamene skal arbeide med og dermed øke kvaliteten. Det vil trolig også være muligheter for økt kvalitet, flyt mellom tjenestenivåer og bedret ressursutnyttelse dersom man kan se modellene i sammenheng. En utvidelse av ParkinsonNet må gjøres med et sterkt fokus på arbeidet som skjer med oppfølgningsteam slik at synergier kan identifiseres og utnyttes.

6.4 Medisinsk avstandsoppfølgning

Flere pasientgrupper vil egne seg for det store spekteret av virkemidler som omfattes av satsingen på avstandsoppfølgning. Også personer med Parkinson. ParkinsonNet vil trolig kunne utnytte teknologien og arbeidsmetodene i avstandsoppfølgningsprosjektet. Egenaktivitet, monitorering, medisinering og aktiv tilbakemelding om funksjonsnivå er mulige viktige parametere for personer med Parkinson. Disse kan trolig monitoreres/koordineres ved avstandsoppfølgning. Det bør også være muligheter for å utnytte denne arbeidsformen for å kompensere for store geografiske avstander. Reiseavstand vanskeliggjør tett kontakt mellom tjenesteyter og pasient, og avstandsoppfølgning kan suppleres med videokonsultasjoner. Dersom ParkinsonNet utvides nasjonalt, kan Parkinson være en egnet gruppe for god utnyttelse av avstandsoppfølgning. Utviklingsarbeidet for begge satsinger må ses i sammenheng.

6.5 E-konsultasjoner hos fastlege og legevakt

Behovet for digitalisering og modernisering som beskrives i oppdraget om E-konsultasjoner er like gjeldende for utvidelsen og driften av et norsk ParkinsonNet som det er for fastleger og legevakt. Kommunikasjon via tekst, bilde og video vil være en nøkkel for å utnytte potensialet i ParkinsonNet, samt minske forskjellene som kan oppstå i tilgangen på ParkinsonNet-fagpersoner grunnet geografiske avstander. En nasjonal utvidelse av ParkinsonNet må inkludere utfallet av utredningen som gjøres rundt e-konsultasjoner i 2019. Pilotprosjektet vil spille inn behovene som vil gjelde for blant annet nevrologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, sykepleiere og andre yrkesgrupper som kan inkluderes i ParkinsonNet.

7.0 Risikofaktorer ved nasjonal utvidelse

Helsedirektoratet mener at erfaringer og evalueringer fra pilotprosjektet gir gode nok indikasjoner på at arbeidsformen ParkinsonNet faglig sett kan fungere og gi gevinster i norsk kontekst. Samtidig understrekes det at pilotprosjektet kun har belyst deler av kostnads- og utfordringsbildet som kan medfølge en nasjonal utvidelse og drift av ParkinsonNet i Norge. Flere forhold må utredes i et videre utviklingsarbeid for å definere det totale utfordringsbildet. I det følgende fremheves noen risikofaktorer som er identifisert. Risikoene omfatter både problemstillinger som gjør utvidelsesprosessen sårbar, samt utfordringer for optimal utnyttelse av ParkinsonNet.

7.1 De regionale helseforetakenes vurdering av ParkinsonNet

De regionale helseforetakene har oppnevnt fire representanter som har gitt innspill til pilotprosjektet og vurdert utfordringsbildet knyttet til innføringen av modellen i Norge. Interregionalt fagdirektørmøte 18.03.2019 identifiserte tre områder de mente er utfordrende ved ParkinsonNet. Under gjengis vurderingene ordrett.

1. Organisering og styring

Skissen fra prosjektet innebærer at det nasjonale koordineringssenteret vil være underlagt Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser i Helse Vest. Det vil si at kompetansetjenesten tillegges en ny oppgave og at det etableres en styringslinje fra Helse Vest RHF for det nasjonale koordineringssenteret med 7 ansatte og en infrastruktur finansiert av de fire RHFene. Det legges her til rette for at de øvrige RHFene kan få et ansvar for en tjeneste uten eller med begrenset styringsmulighet. Det anbefales at styringsmodellen må utformes slik at styringen forankres og plasseres i de regionale helseforetakene som har «sørge for ansvaret».

2. Økonomi

Det beskrives krav til stillinger og en struktur som vil innebære relativt høye kostnader for å etablere og drifte ParkinsonNet. Det fremgår også at det er de regionale helseforetakene som i hovedsak skal finansiere modellen.
Deltakelse fra kommunehelsetjenesten er i utgangspunktet «gratis». Erfaring og evaluering fra pilotprosjektet tilsier imidlertid at til tross for «gratis» deltakelse, er det utfordringer knyttet til å tilgjengeliggjøre kompetansen fra nettverket i kommunehelsetjenesten.

ParkinsonNet er tiltenkt å være en generisk modell som kan benyttes på andre diagnosegrupper. En foranalyse knyttet til dette er tenkt gjennomført i 2019. ParkinsonNet ble etablert i Nederland i 2004, men er fortsatt ikke utvidet til andre pasientgrupper.

3. Kunnskapsgrunnlaget

Det foreligger begrenset dokumentasjon på at modellen har effekt på pasientenes funksjon, prognose og livskvalitet. Så langt vi har forstått, har ikke evalueringen underveis i pilotprosjektet i Rogaland og Oslo gitt grunnlag for effektstudier. Oppsummering fra Nederland peker på opplevd bedring i ADL-funksjon ved hjemmebasert ergoterapi, reduksjon i hofteskader og behov for ambulant rehabilitering, samt færre sykehushenvendelser. Prosjektet i Norge peker på at det foreligger indikasjoner på at modellen kan gi et bedre helsetilbud mht. kompetanse, koordinering og pasientfokus, basert på intervjuer med pasienter og pårørende og fagpersonenes tilbakemeldinger.

Gitt at modellen er omfattende å utbre nasjonalt, og at det også tas sikte på utvidelse til andre pasientgrupper, kan det stilles spørsmål ved om det burde være gjort en metodevurdering på linje med andre nye metoder som skal tas i bruk i hele landet

Helsedirektoratet har tatt med seg innspillene fra de regionale helseforetakene i anbefalingen for et videre utviklingsarbeid av ParkinsonNet. Økonomiske investeringer må naturlig nok medfølge en utvidelse. Kunnskapsgrunnlaget er oppdatert etter at de regionale helseforetakene ble presentert for modellen på interregionalt fagdirektørmøte. Vurderingen av styringslinjen mener Helsedirektoratet kan løses ved tilpasninger i strukturen, men det er avgjørende med en nasjonal styring. Det blir derfor foreslått at spørsmålet om hvordan ParkinsonNet skal koordineres nasjonalt utredes parallelt med etablering av de 15 ParkinsonNet-områdene.

7.2 Utviklingsprosessen

1. Pilotprosjekt ParkinsonNet har bygget opp kompetanse på både strukturelle og faglige behov for utvidelse og drift av konseptet ParkinsonNet. Kunnskapen er nedtegnet, men befinner seg i hovedsak hos Helsedirektoratet, de involverte fagpersonene og brukerrepresentantene. ParkinsonNet er et konsept som innehar mange sammenfallende elementer. Det er helheten i dette som utgjør kvaliteten i modellen. Det vil være en risiko for en vellykket nasjonal utvidelse dersom ikke de sentrale aktørene fra pilotprosjektet knyttes tett opp mot et eventuelt utviklingsprosjekt i neste fase.
2. Åtte fagpersoner har hatt roller som fagveiledere for faggruppene fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie. To fagpersoner for fysioterapi, ergoterapi og logopedi har i tillegg fått spesialisert trening fra Radboud for å kunne ivareta en nasjonal rolle som fagveileder. Kompetansen de har tilegnet seg, vil være avgjørende for en vellykket utvidelse. Kompetansen er nødvendig for å kunne trene opp nye fagpersoner nasjonalt etter konseptet ParkinsonNet. De åtte fagveilederene arbeider klinisk og er frikjøpt for å bidra inn i prosjektet. De har behov for en snarlig forutsigbar prosess med utvidelse av ParkinsonNet nasjonalt. Særlig med tanke på hvilken rolle de eventuelt skal inneha i arbeidet. Dersom en avklaring drøyer ut i tid, vil det være en stor risiko for at en eller flere av disse ikke vil kunne bidra i utvidelsen. Det vil da være nødvendig med en tidkrevende og usikker prosess for å rekruttere, trene og organisere nye fagpersoner inn i rollen. Dette vil helt sikkert forsinke utvidelsesarbeidet. Det må videre rekrutteres ytterligere fagpersoner som kan bistå fagveilederne i de ulike ParkinsonNet-områdene, samt være vikarer dersom en eller flere fagveiledere blir syke, slutter i ParkinsonNet eller på annen måte ikke kan bidra i utvidelsesperioden.
3. Pilotprosjektet har identifisert komponenter som til sammen utgjør utgangspunktet for ParkinsonNet i Norge. I en nasjonal utvidelse må kjernen i disse komponentene bevares, og ikke utvannes, for at gevinsten ved nettverksmodellen skal høstes. Dersom en nasjonal utvidelse fraviker fra komponentene, er det en fare for at modellen som utvikles ikke kan kalles Parkinson Net, da dette er en beskyttet betegnelse som eies av Radboud. Et avvik fra kjernen kan føre til at et norsk nettverk ikke fullt ut kan samhandle med ParkinsonNet International. Modellen kan dermed miste tilgangen på nyeste kunnskapsgrunnlag og internasjonalt samarbeid.
4. Et nasjonalt utvidelsesprosjekt vil innebære kostnader til prosjektstillinger, kursgjennomføring, IKT- og e-læringsutvikling, tilpasning av faglig innhold, følgeforskning og reise- og oppholdsutgifter for å nevne noen hovedkategorier. Manglende økonomiske rammer vil føre til en stor risiko for begrenset utvidelse og lavere mulighet for gjennomføring av utviklingsarbeidet. Dersom det legges opp til at hvert helseforetak alene skal direkte finansiere koordinatorstillinger og aktiviteter for sitt ParkinsonNet-område vil det medføre stor risiko for stabilitet og kvalitet. Tilbakemeldinger fra involverte i prosjektet tyder på at prioriteringssituasjonen i helseforetakene, både med tanke på personellressurser og frie midler, er under stort press. Et pålegg om å prioritere ParkinsonNet kan bli vanskelig å gjennomføre.
5. Manglende samhandling er en allerede eksisterende risiko for tilbud til personer med Parkinson. En optimal utnyttelse av ParkinsonNet forutsetter en digital samhandlingsplattform. Plattformen

bør gi mulighet for deling av journal, veiledning og diskusjon med bruk av pasienteksempler, samt kontakt med fagpersoner i andre sektorer.

6. ParkinsonNet baseres på jevnlige samlinger for fagpersoner i ParkinsonNet-områder. Geografisk avstand vil vanskeliggjøre at alle fagpersoner kan møtes jevnlig og styrke nettverkene.
7. I flere kommuner og bydeler vil det være et begrenset antall fagpersoner. Det vil derfor være mulig at arbeidsgivere ikke vil tillate sine ansatte deltakelse i ParkinsonNet.
8. Selv med en nasjonal utvidelse er det ikke realistisk å anta at det vil være ParkinsonNet fagpersoner i alle kommuner og bydeler. Derfor bør det i større grad åpnes for muligheten for å motta hjelp der det finnes kompetanse og ikke bare der en sogner til. Dette gjelder spesielt for kommunale helsetjenester og logopedi.
9. I Nederland er det økonomiske insentiver som gjør det attraktivt å være med i ParkinsonNet. Det er per nå ingen slike insentiver i Norge, og det kan bli krevende å holde fagpersonene interesserte og aktive over tid.
10. ParkinsonNet vil ha størst effekt når pasienter kommer raskt til riktig fagperson. I dag er det en gjennomgående utfordring at henvisninger kommer for sent. Selv med innføringen av ParkinsonNet er det ingen garanti for at pasienter hevnvises raskt og til riktig person. Dagens praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester tyder på at personer med Parkinson, som er tidlig i sitt forløp, vil ofte få nedprioritert henvisningen sin.
11. Pasienter kan i dag ikke velge hvilken logoped de vil komme til. Dermed kan de ikke automatisk velge en logoped som er med i ParkinsonNet. Dette er en av mange utfordringer knyttet til logopedi. Helsedirektoratet utreder nå hvordan logopeder kan knyttes nærmere kommunene og spiller inn problemstillinger fra ParkinsonNet i utredningsarbeidet.
12. Sykepleiertilbudet i kommunen er ikke lagt til rette slik at pasienter med Parkinson automatisk får hjelp av samme fagperson. Stillingene for faggruppen kjennetegnes av høy turn-over og turnus. Det er utfordrende for kontinuitet og tilgang på kompetansepersonene.

8.0 Kan ParkinsonNet være utgangspunkt for en generisk modell?

HOD har gjennom hele prosessen med ParkinsonNet vært klare på at ParkinsonNet skal vurderes som utgangspunkt for en generisk modell. Dette perspektivet har hatt kontinuerlig fokus i prosjektarbeidet. Basert på nåværende kunnskap er Helsedirektoratet skeptiske til at det allerede nå vurderes overføring av modellen til andre diagnoser. Dette skyldes flere forhold.

1. Som Helsedirektoratet har pekt på i dette dokumentet, har prosjektperioden lenge fremstått som en konseptutredning og mindre som en pilotering. Det har tatt lang tid før konseptet for hva ParkinsonNet kan bli for personer med Parkinson i Norge er identifisert. Per i dag er det ikke avklart hva ParkinsonNet kan være i Norge. Det er dermed for tidlig å si hva modellen kan bli for andre grupper.
2. Selv om erfaringene fra pilotprosjektet enda tydeligere hadde vist effekt og struktur for et nasjonalt ParkinsonNet, ville det trolig likevel vært for tidlig å anbefale modellen til bruk for andre grupper. Helsedirektoratet har jevnlig kommunisert til HOD at det trolig må til en nasjonal ParkinsonNet-modell, slik at erfaringer rundt dette kan høstes. En slik nasjonal løsning er uprøvd i Norge, og en slik struktur må tilknyttes forskning for å kunne vurdere nytteverdi og behov ved bruk for andre grupper.
3. Helsedirektoratet har gjort innledende analyser av muligheten for overføring av konseptet ParkinsonNet i Norge til andre grupper. Vurderingene som er gjort til nå, viser klart at det ikke er en ukomplisert øvelse å overføre modellen «som den er» til en annen gruppe. Det skyldes blant annet at alle diagnosegrupper har forskjellig prevalens, ulikt tyngdepunkt på hvor helsepersonell kommer fra, kunnskapsgrunnlaget tjenestene baseres på og diagnosespesifikke behov.

4. Flere diagnosenettverk i Nederland har latt seg inspirere av ParkinsonNet, men Radboud selv har ikke utviklet konseptet til andre grupper. Det de har gjort, er å lage en form for sjekkliste for vurdering av om modellen egner seg for nye grupper. Trolig vil flere av elementene i ParkinsonNet ha stor relevans for også andre tilstander, men hver diagnose må analyseres. Det samme må gjøres med tanke på om man skal lage en større paraplystruktur (Nevronett) eller egne nettverk for hver gruppe.

Per nå er det kun Helsedirektoratet som har innsikt i ParkinsonNet-modellens små og store detaljer. Innsikten i Radbouds tilnærming til bruken av ParkinsonNet som mal for andre grupper, er en kunnskap som Radboud ikke deler fritt, men Helsedirektoratet har likevel tilegnet seg en grunnleggende forståelse for prosessen. Dette er kunnskap som kan overføres, men det vil være risikabelt å velge ut nye diagnosegrupper og iverksette utviklingsprosesser uten at innsikten i ParkinsonNet Norge er på plass.

9.0 Anbefaling for videre prosess med ParkinsonNet i Norge

Helsedirektoratet mener at ParkinsonNet ennå ikke er godt nok utredet og utprøvd til at modellen bør etableres som fast struktur fra 01.01.2020, men pilotprosjekt ParkinsonNet gir grunnlag for et videre utviklingsarbeid av konseptet i Norge. Som et utgangspunkt for planlegging av en eventuell nasjonal utvidelse av ParkinsonNet i Norge har Helsedirektoratet utarbeidet en tidlig skisse for utvidelsen. Det er en rekke forberedelser og avveininger som må drøftes og forankres i de regionale helseforetakene. Dersom ParkinsonNet skal rulles ut nasjonalt, vil det være de regionale helseforetakene som må lede prosjektet og koordinere utviklingsprosessen. Fremdriftsplaner, budsjettestimater og prosjektorganisering må avklares og forankres så tidlig som mulig dersom utviklingsprosessen skal kunne starte 01.012020.

9.1 Forberedelse av nasjonal utvidelse

Utvidelse av ParkinsonNet i Norge vil kreve en solid prosjektorganisering. Prosjektet skal ha overordnet ansvar for minst fem hovedområder:

1.Trinnvis etablere 15 ParkinsonNet-områder med forankring i nevrologiske avdelinger. Trolig bør det opprettes samarbeidsavtaler mellom de aktuelle helseforetakene og tilhørende kommuner og bydeler for å sikre deltakelse, finansiering og prioritering.

2. Utrede hvordan en nasjonal koordineringsfunksjon skal forankres og organiseres.

3. Koordinere utviklingen av sentrale IKT-løsninger som søkemotor for fagpersoner og ulike e-læringsverktøy.

4. Utrede insentiver som gjør ParkinsonNet interessant for aktørene ut over økt faglighet og samhandling. En mulighet prosjektorganisasjonen kan se nærmere på, er forslaget fra den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser:

Ut fra klinisk erfaring med kodepraksis og for å sikre at prosedyrekodene blir brukt bør disse utløse en refusjon både når brukt i spesialisthelsetjenesten eller i det kommunale. Økonomiske insentiver vil også fremme samhandling i helsetjenesten på tvers av helsenivåene, f.eks. gjennom høyere refusjon til ParkinsonNet-deltakere ved behandling av pasienter med Parkinson. Økonomiske insentiver har blitt brukt i den nederlandske ParkinsonNet-modellen med gode erfaringer.

5. Anskaffe følgeforskning og koordinere denne. I denne forbindelse har den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser gitt noen innspill som en prosjektorganisasjon eventuelt kan inkludere i sitt planarbeid: Følgeforskning bør fortrinnsvis være prospektiv og

kvantitativ. Det har vist seg, også i Nederland, at følgeforskning er utfordrende. En grunn er manglende verktøy for å kartlegge bruk av ParkinsonNet ved oppstart og dermed manglende mulighet for å sammenligne sykdomsforløp med og uten bruk av ParkinsonNet modellen. En tilknytning til Parkinsonregister vil også være av stor fordel for følgeforskning. Ved å innføre prosedyrekode for henvisning til/bruk av ParkinsonNet modellen og en prosedyre kode for inkludering i Parkinsonregister, vil dette på enkelt vis skape mulighet for kartlegging og følgeforskning.

6. Planlegge og koordinere gjennomføringen av obligatoriske grunnkurs og fagsamlinger. Tidslinjen må ses i forhold til tilgjengelige ressurser, både økonomiske og faglige (fagveiledere).
7. Koordinere oversettelse og tilpasning av Radbouds kunnskapsgrunnlag og mal for etablering av nye ParkinsonNet-områder.

Nasjonal utvidelse av ParkinsonNet og etablering av nettverk i 15 ParkinsonNet-områder vil kreve sentral styring. Optimalt sett burde en nasjonal koordineringsfunksjon (se kapittel 5.2) være etablert når utvidelsen starter, men det er ikke realistisk hvis utvidelse skal skje med oppstart 01.01.2020. Hovedgrunnene til dette er:

- De regionale helseforetakene har innsigelser mot måten en nasjonal koordineringsfunksjon var skissert av Helsedirektoratet (som et nasjonalt koordineringssenter tilknyttet den nasjonale kompetansetjenesten for bevegelsesforstyrrelser) og saken må utredes.
- En nasjonal koordineringsfunksjon har behov for stillinger, fasiliteter og økonomiske rammer som trolig ikke kan komme på plass innen 01.01.2020. Rollen til koordineringsfunksjonen kan derfor ivaretas av prosjektgruppen inntil en struktur er utredet og etablert. En ren prosjektorganisering av utviklingsarbeidet gir følgende behov:
  - Prosjektorganisasjonen må bestå av representanter fra minimum RHF, Norges Parkinsonforbund, kommunal sektor og nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser og ha tilknyttet en bred referansegruppe.
  - Systematisk brukermedvirkning på alle nivåer medfører behov for økonomiske rammer som gjør det mulig for Norges Parkinsonforbund å bidra slik de har gjort i piloten.
  - Fagveilederene innen fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie må så snart som mulig tilbys prosjektstillinger i utvidelsesfasen.

9.2 Systematisk opprettelse av ParkinsonNet-områder

Hvert ParkinsonNet-område trenger en nettverkskoordinator som koordinerer grunnkurs, fagsamlinger og er et bindeledd mellom nevrologisk avdeling og kommune/bydel. I ParkinsonNet-områder der det er tetthet mellom de nevrologiske avdelingene, kan det vurderes om koordinatorstillingen kan samkjøres mellom avdelingene. Det er avgjørende at funksjonen kan jobbe lokalt og ha tid nok til oppfølgning av fagpersonene. For at ParkinsonNet skal kunne etableres med utgangspunkt i eksempelvis Helse Midt ved St. Olav må koordinatoren være tilknyttet ParkinsonNet minst fire måneder i forkant av det obligatoriske grunnkurset. Hvert grunnkurs vil kreve minst disse forberedelsene:

- Få innsikt i hva ParkinsonNet er, både det faglige grunnlaget og modellens innhold.
- Finne egnede lokaler for grunnkurs. Behovene er spesifisert i ParkinsonNet-konseptet.
- Opprette etableringsgruppe bestående av koordinatoren, Norges Parkinsonforbund lokalt, nevrolog ved nevrologisk avdeling, samt fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og sykepleier. De fire siste kan innledningsvis være fra helseforetaket inntil tilsvarende faggrupper eventuelt rekrutteres fra medlemmer i ParkinsonNet-området.

- Rekruttere fagpersoner til deltakelse i ParkinsonNet og det obligatoriske grunnkurset. Den nasjonale koordineringsfunksjonen/prosjektorganisasjonen bistår med utsendelse av standardiserte invitasjoner via ulike kanaler og tar i mot påmeldinger. Koordinator må i tillegg trolig være aktiv via helseforetakets informasjonskanaler og ressurser internt.
- Koordinere faglig gjennomføring sammen med den nasjonale koordineringsfunksjonen/prosjektorganisasjonen og fagveilederne.
- Grunnkurs i ParkinsonNet har en standardisert prosess i forkant av kurset. Dette innebærer at koordinator må gå gjennom søknader fra fagpersoner som ønsker å bli med, formidle og vurdere kartlegginsskjema utfylt av fagpersonene, samt være tilgjengelig for henvendelser knyttet til det obligatoriske e-læringskurset. Koordinatorstillinger må fortløpende etableres ved de nevrologiske avdelingene og tidslinjen under kan gi en indikasjon på når stillingen må være på plass.

9.3 Tentativ tidslinje for utvidelse av ParkinsonNet i Norge

I tabellen under er det satt opp en tentativ tidslinje for nasjonal utvidelse av ParkinsonNet. Tabellen viser en prosess der utvidelsen veksler mellom de ulike helseregionene inntil alle 15 nevrologiske avdelinger har etablert sitt ParkinsonNet-område. Oversikten viser også når hvert ParkinsonNet-område må ha sitt obligatoriske fagseminar tre måneder etter grunnkurs. Skissen viser også når hvert ParkinsonNet-område må gjennomføre sitt andre grunnkurs for å styrke og supplere nettverket. Disse ytterligere samlingene er viktig å ha med i utvidelsesplanen da de er avhengige av bistand fra den nasjonale koordineringsfunksjonen/prosjektorganisasjonen for å kunne gjennomføres. Dette igjen påvirker tilgangen på ressurser for nasjonal utvidelse i andre ParkinsonNet-områder. Erfaringer fra pilotprosjektet tyder på at det vil ta inntil to år fra oppstart til et ParkinsonNet-område er "selvstendig" og har økende samhandling. Hvert ParkinsonNet-område trenger tett oppfølgning av koordineringsfunksjonen/prosjektorganisasjonen til fagpersoner forstår konseptet, kjenner hverandre og bidrar aktivt.

Utvidelsen kan også planlegges ut fra andre forhold enn kun rotasjon mellom helseregioner. Andre perspektiver kan være:

- Hvilke nevrologiske avdelinger og helseforetak er best rustet til å iverksette utvidelsen?
- Er det mulig at flere ParkinsonNet-områder samkjører sine grunnkurs?
- Bør ParkinsonNet-områder først opprettes der pasientgrunnlaget og/eller tilgangen på fagpersoner er best?

Helsedirektoratet understreker at forslaget under er ment som utgangspunkt for en videre planlegging og kan ikke anses som et ferdig forslag. Det er videre en klar sammenheng mellom ressursene som tildeles utvidelsesprosessen og muligheten for å beholde kvaliteten i konseptet.

Tidspunkt	Helseregion	Nevrologisk avd.	Første dagsamling	Neste grunnkurs
Mars 2020	Helse Midt	St. Olav	Juni 2020	Mars 2021
Juni 2020	Helse Nord	Tromsø	September 2020	mai 2021
September 2020	Helse Vest	Haukeland	Desember 2020	September 2021
Desember 2020	Helse Sør-Øst	Kristiansand	Mars 2020	Desember 2021
Februar 2021	Helse Midt	Molde	Mai 2021	Februar 2022
April2021	Helse Nord	Bodø	August 2021	April 2022
Juni 2021	Helse Vest	Førde	September 2021	Juni 2022
August 2021	Helse Sør-Øst	Lillehammer	November 2022	August 2022
Oktober 2021	Helse Sør-Øst	Ahus	Januar 2022	Oktober 2022
Desember 2021	Helse Sør-Øst	Kalnes	Mars 2022	Desember 2022

Februar 2022	Helse Sør-Øst	Skien	Mai 2022	Februar 2023
April 2022	Helse Sør-Øst	Tønsberg	Juni 2022	April 2023
Juni 2022	Helse Sør-Øst	Drammen	September 2022	Juni 2023

9.4 Kostnadsskisse for utvidelsesprosjekt 2020-2022

Dersom det besluttes at ParkinsonNet skal utvides nasjonalt vil det naturlig nok innebære et stort investeringsbehov. Basert på erfaringene fra pilotprosjektet har Helsedirektoratet utarbeidet noen tentative budsjettestimater for perioden 2020-2022. Budsjettet for 2023 og følgende år må estimeres av prosjektorganisasjonen basert på kunnskap fra utvidelsesprosessen og gjennomførte utredninger. Helsedirektoratet har ikke tatt stilling til hvordan kostnadskategoriene skal finansieres eller hvem som skal dekke hva. Tallene må utredes ytterligere, og et mer helhetlig bilde av de nødvendige økonomiske rammene vil bli klart dersom utvidelsesprosessen planlegges i detalj. Oversikten er kun ment som utgangspunkt for videre arbeid. Følgende kommentarer knyttes til estimatene:

- Fagveilederne må ha midler tilsvarende en full stilling som deles på minst to fagpersoner innen hver yrkesgruppe.
- Systematisk brukermedvirkning/Norges Parkinsonforbund må anses som en nødvendig kompetanse som må anskaffes. Midlene brukes til brukermedvirkning, samt informasjonsarbeid, som beskrevet i kapittel 5.1.
- Utvikling av søkemotor og e-læringsverktøy er en helt nødvendig del av strukturen for et norsk ParkinsonNet.
- Kostnader til grunnkurs og fagsamlinger er høyst tentative og vil kunne variere sterkt i de ulike ParkinsonNet-områdene. Hastigheten i utvidelsesfasen vil også påvirke når en koordinator må være på plass ved hver nevrologisk avdeling. Samlet sett gjør dette at kostnader per år og på de ulike regionale helseforetakene vil kunne variere ut fra valgt fremgangsmåte.
- Summen avsatt til følgeforskning er et tentativt anslag. Reell utgift vil avhenge av valgt fremgangsmåte og omfang.
- Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser vil trolig ha behov for ressurser for å bidra i utviklingsarbeidet med ParkinsonNet. I påvente av utredningen av en nasjonal koordineringsfunksjon for ParkinsonNet vil kompetansetjenesten, basert på sin posisjon og erfaring fra pilotprosjektet, kunne fylle deler av koordineringsrollen. Når koordinerings-funksjonen er etablert, bortfaller trolig budsjettposten for kompetansetjenesten.
- IKT- og telefoniverktøy for fagveilederne er en nødvendig investering for at de skal kunne fylle sine roller.
- ParkinsonNet i Nederland har 17 profesjoner i sitt nettverk. I Norge vil det være behov for utvidelse også til andre faggrupper. Budsjettet inneholder derfor en budsjettpost til fagveileder for ernæringsfysiologi for 2022.
- Medlemskap i, og dermed tilgang på ekspertise og forskning fra ParkinsonNet International, vil være en styrke for utvidelsesprosessen.
- Kursing- og kompetanseheving for fagveiledere og annet nøkkelpersonell er avgjørende for å inneha nasjonal spisskompetanse på fagområdene ParkinsonNet omfatter.
- Et norsk ParkinsonNet må oversette og tilpasse internasjonale retningslinjer til norske forhold og behov. Dette er sentralt for den systematiske treningen av fagpersoner som deltar i ParkinsonNet. Dette vil innledningsvis være ressurskrevende.

Budsjettestimat ParkinsonNet 2020

Aktivitet	Beløp
Fagveiledere-fysioterapi	900 000
Fagveiledere-ergoterapi	900 000
Fagveiledere-logopedi	900 000
Fagveiledere-sykepleie	900 000
Reise- og oppholsutgifter for koordineringsfunksjon/ prosjektorganisasjon og fagveiledere	300 000
Systematisk brukermedvirkning/ Norges Parkinsonforbund	1 500 000
Nettverkskoordinator	3 500 000
Grunnkurs	1 500 000
Fagsamlinger i ParkinsonNet-områdene	400 000
Utviklingskostnader søkemotor/E-læringsplattform	4 000 000
Oversette/tilpasse internasjonale retningslinjer	500 000
Forskningsressurser	2 000 000
IKT- og telefoniverktøy fagveiledere	100 000
Kursing og kompetanseheving fagveiledere og annet nøkkelpersonell	200 000
Medlemskap i ParkinsonNet International	150 000
Ressurser fra Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser	1 500 000
Sum	**19 250 000**

Budsjettestimat ParkinsonNet 2021

Aktivitet	Beløp
Fagveiledere-fysioterapi	900 000
Fagveiledere-ergoterapi	900 000
Fagveiledere-logopedi	900 000
Fagveiledere-sykepleie	900 000
Reise- og oppholdsutgifter for koordineringsfunksjon/ prosjektorganisasjon og fagveiledere	400 000
Systematisk brukermedvirkning/ Norges Parkinsonforbund	1 500 000
Nettverkskoordinator	5 000 000
Grunnkurs	2 400 000
Fagsamlinger i ParkinsonNet-områdene Regionale dagsamlinger	500 000
Driftskostnader søkemotor/E-læringsplattform	1 000 000
Oversette/tilpasse internasjonale retningslinjer	300 000
Forskningsressurser	2 000 000
Opplæringskostnad ernæringsfysiolog	250 000

Kursing- og kompetanseheving fagveiledere og annet nøkkelpersonell	200 000
Ressurser fra Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser	1 500 000
Medlemskap i ParkinsonNet International	150 000
	18 800 000

Budsjettestimat ParkinsonNet 2022	
Fagveiledere-fysioterapi	900 000
Fagveiledere-ergoterapi	900 000
Fagveiledere-logopedi	900 000
Fagveiledere-sykepleie	900 000
Fagveiledere-ernæringsfysiolog	900 000
Reise- og oppholdsutgifter for koordineringsfunksjon/ prosjektorganisasjon og fagveiledere	400 000
Systematisk brukermedvirkning/ Norges Parkinsonforbund	1 500 000
Nettverkskoordinator	7 500 000
Grunnkurs	2 400 000
Fagsamlinger i ParkinsonNet-områdene	600 000
Driftskostnader søkemotor/E-læringsplattform	500 000
Oversette/tilpasse internasjonale retningslinjer	100 000
Forskningsressurser	2 000 000
Nasjonalt møte ParkinsonNet	1 000 000
Kursing- og kompetanseheving fagveiledere og annet nøkkelpersonell	200 000
Ressurser fra Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser	1 500 000
Medlemskap i ParkinsonNet International	150 000
	22 350 000

9.5 Mulig samarbeid i OPTIM-PARK

Gjennom samarbeidet med Universitetet i Oslo om kartleggingen av pasienters erfaringer med ParkinsonNet fremkom det en interessant mulighet for forskningssamarbeid (Dersom ParkinsonNet skal utvides). Universitetet I Oslo er en del av Prosjektet *Optimization of community resources and systems of support to enhance the process of living with Parkinson's Disease: a multisectoral intervention* (OPTIM-PARK).

OPTIM-PARK er et internasjonalt prosjekt som er utviklet i samarbeide mellom forskere fra England (University of Southampton), Spania (University of Navarra og Madrid), Danmark (VIA University College og Norge (Universitetet i Oslo). Prosjektet er finansiert gjennom Joint Program of Neurogenereative Deseases (JPND), som er et initiativ for å fremme samarbeid om forskning og innovasjon for å møte utfordringene som følger av at et raskt økende antall mennesker rammes av nevrodegenerative sykdommer som Parkinsons sykdom.

Forskning viser at mennesker med kroniske sykdommer ofte blir sosialt isolerte. På bakgrunn av kunnskaper om sosiale nettverks betydning for helse og livskvalitet, fokuseres økt samhandling mellom ressurser i og utenfor offentlige helsetjenester til pasienter og pårørende som lever med Parkinsons sykdom.

Målet med prosjektet er å få en utvidet forståelse for hvordan lokale nettverk kan bidra til bedret mestring og trivsel i dagliglivet hos pasienter med kroniske lidelser som Parkinsons sykdom. Lokalsamfunnet har mange ressurser, fra sangkor til idrettslag, som kan gi viktige bidrag til livskvalitet for mennesker med kroniske lidelser. Til tross for at det er et uttalt ønske om bedre samhandling mellom profesjonelle yrkesutøvere og lokale ressurser, vet vi at det er lite samhandling mellom disse. I Optim-Park er målet å undersøke og prøve ut tiltak for å støtte og fremme multisektoriell samhandling mellom ressurser i og utenfor offentlige helsetjenester til pasienter og pårørende som lever med Parkinsons sykdom.

Prosjektet vil samle både kvalitative og kvantitative data og vil teste ut en intervensjon for å fremme samhandling mellom profesjonelle og frivillige i kommunen.

Prosjektorganisasjonen for en eventuell utvidelse av ParkinsonNet kan vurdere om det er hensiktsmessig at disse to satsingene etablerer et samarbeid.

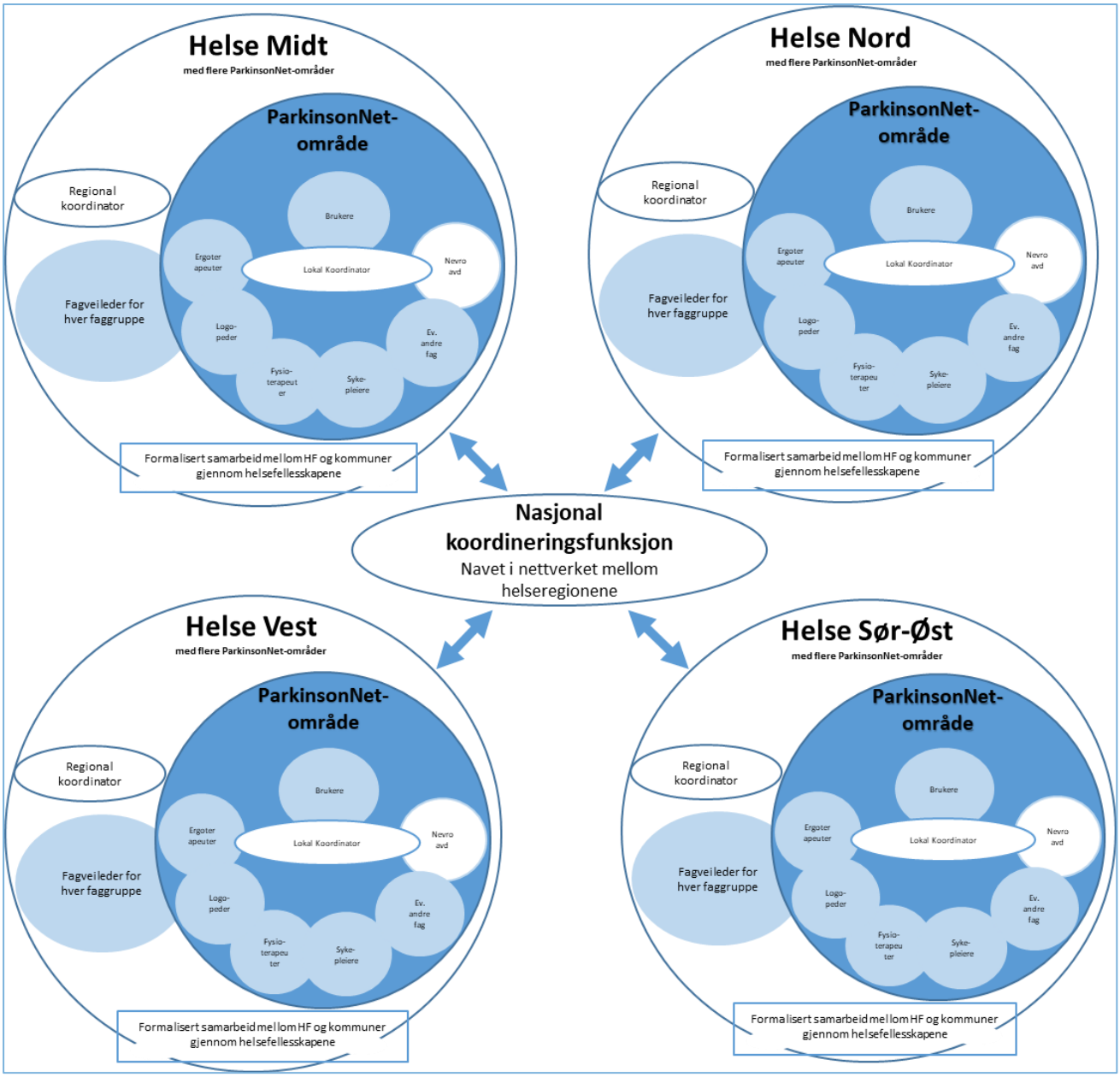
10.0 Vedlegg

- Rapport fra Universitetet i Oslo fra intervjuer med pasienter og pårørende i pilotfylkene Rogaland og Oslo.
- Oppsummering av systematiske kartlegginger av fagpersoner og evaluering av arrangementer i ParkinsonNet.
- Uttalelse fra Norges Parkinsonforbund vedrørende ParkinsonNet i Norge.
- Uttalelse fra Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser vedrørende ParkinsonNet i Norge.
- Uttalelse fra Oslo universitetssykehus vedrørende ParkinsonNet i Norge.
- Uttalelse fra Radboud UMC vedrørende ParkinsonNet i Norge.
- ParkinsonNet i media 2017-2019.

Til godkjenning i styringsgruppen og AD-møte

PLAN FOR NASJONAL IVERKSETTING AV PARKINSON-NET

Rapport fra interregionalt prosjekt
Desember 2020



Kolofon

Til godkjenning i styringsgruppen
18. januar 2021

Tittel:
Plan for nasjonal iverksetting av Parkinson-Net

Kontakt
[Kontaktperson]

Rapport kan lastes ned på:
[Link for nedlastning]

INNHOLD

Sammendrag **3**
1. Innledning **4**
1.1 Bakgrunn for arbeidet 4
1.2 De regionale helseforetakenes sørge for-ansvar 5
1.3 Mandat for prosjektet 5
1.4 Organisering og gjennomføring av prosjektet 5
2. Modellen Parkinson-Net **6**
2.1 Parkinsons sykdom og atypisk parkinsonisme 6
2.2 Nederlandsk modell 6
2.3 Pilotprosjekt 6
3. Parkinson-Net i helseregionene **7**
3.1 ParkinsonNet-områder 8
3.2 Regional koordinator 8
3.3 Fagveiledere 8
3.4 Samarbeid 9
4. Nasjonal koordineringsfunksjon **9**
4.1 Oppgaver 9
4.2 Styringsgruppe 10
4.3 Estimert ressursbehov 10
4.4 Lokalisering 10
4.5 Evaluering 11
5. Brukermedvirkning i Parkinson-Net **11**
5.1 Systemnivå 12
5.2 Tjenestenivå 12
6. Nasjonal iverksetting av Parkinson-Net **13**
6.1 Inndeling i ParkinsonNet-områder 13
6.2 Samarbeidet med kommuner 15
6.3 Informasjon og kommunikasjon 17
6.4 Framdriftsplan for iverksetting 18
7. Felles verktøy og utviklingsoppgaver **19**
7.1 Bruk av digitale løsninger 20
7.2 Fagpersonregister 20
7.3 E-læring 21
8. Kostnadsestimater og delingsmodell **22**
8.1 Estimerte årlige kostnader i implementeringsfasen 22
8.2 Forslag til delingsmodell 23
Vedlegg **25**

SAMMENDRAG

I oppdragsdokumentet for 2020 fikk de regionale helseforetakene et felles oppdrag om å utarbeide en plan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet. Fristen for å starte nasjonal iverksetting er 30. juni 2021. ParkinsonNet skal knytte sammen fagpersoner gjennom tverrfaglige nettverk på tvers av nivå og bidra til kompetanseheving. Nettverket skal bidra til at personer med Parkinsons sykdom får bedre tilgang til tverrfaglig kompetanse. Nettverks-modellen er hentet fra Nederland, og ble i 2018-2019 prøvd ut i Rogaland og Oslo i regi av Helsedirektoratet.

For å svare ut oppdraget ble det satt i gang et prosjekt i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Norges Parkinsonforbund, ledet av Helse Vest RHF. InnoMed har bistått prosjektet.

Prosjektet har tilpasset ParkinsonNet til norske forhold ut fra føringer i oppdragsdokumentet. Løsningsforslagene er utformet i samsvar med styringsmodellen for RHF-ene og HF-ene, og har som mål å bidra til nasjonal likhet i det faglige innholdet i ParkinsonNet. Det legges opp til å integrere ParkinsonNet i eksisterende systemer i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, så langt det er mulig. Løsningsforslagene er overordnede prinsipper og utgjør en ramme for lokale tilpasninger i implementeringen i helseregionene.

Oppdragsdokumentet slår fast at det skal etableres en nasjonal koordineringsfunksjon som finansieres av regionene i fellesskap. Prosjektet har skissert en funksjon som skal være navet i et interregionalt nettverksamarbeid for å sikre helhet i en nasjonal utvidelse av ParkinsonNet, og faglig samarbeid om videreutvikling av modellen. Funksjonen vil bestå av leder og administrativ støtte, og skal evalueres etter endt iverksetting. Funksjonen foreslås lokalisert til Helse Vest ved Helse Stavanger HF, samlokalisert med kompetansemiljøet ved Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser.

Brukermedvirkning er vesentlig i modellen, og knyttes både til den nasjonale koordinerings-funksjonen, til implementeringsarbeidet på regionsnivå og til de enkelte ParkinsonNet-områdene. ParkinsonNet kan bidra til at pasient/pårørende bedre mestrer egen livssituasjon, både gjennom å gi bedre oversikt over helsepersonell med relevant kompetanse, og ved at fagpersoner i nettverkssamarbeidet får økt kjennskap til møteplasser for pasient/pårørende.

Parkinsonpasienter er avhengige av et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune for å få et helhetlig tilbud, og samarbeidet er en grunnleggende forutsetning for ParkinsonNet. Deltakelse fra kommunene er et suksesskriterium for den nasjonale iverksettingen.

InnoMed har skaffet innsikt som grunnlag for en implementering som kan legge til rette for kommunedeltakelse. Basert på innsikten vil involvering og formalisering av samarbeid med kommuner finne sin form i iverksettingen i helseregionene, tilpasset lokale forhold. Rapporten inneholder forslag til framgangsmåter. Helsefellesskapene vil være en viktig innfallsport for samarbeid om ParkinsonNet.

Det antas mulig å starte opp 4-5 nye nettverksetableringer i året, og implementeringsfasen vil vare fra 2021 og ut 2024.

Tilgang til fagveilederressurser er en vesentlig forutsetning for å holde tempoet i nasjonal iverksetting. Basert på erfaringer fra pilotene, antas det å være behov for om lag 0,2 årsverk fagveileder per faggruppe for å etablerer et ParkinsonNet-område. Det foreslås at fagveileder-ressurser brukes fleksibelt mellom regionene, særlig i implementeringsfasen før kompetanse er bygd opp. Det er et mål at hver helseregion i en driftsfase har ansatt en fagveileder per faggruppe (fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie). Det foreslås at kostnaden til fagveiledere som skal brukes fleksibelt mellom regionene, deles likt mellom regionene i implementeringsfasen, ut fra en antakelse om like store behov i alle helseregioner.

Videreutvikling av fagpersonregister og e-læringsprogram er viktig for ParkinsonNet, og blir foreslått prioritert parallelt med nasjonal iverksetting.

Kostnadsestimater og forslag til hvordan felles kostnader til ParkinsonNet kan deles mellom helseregionene, framgår av kapittel 8.

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for arbeidet

De regionale helseforetakene har i oppdragsdokumentet for 2020 fått følgende felles oppdrag:

> *De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Vest RHF, utarbeide en plan for ParkinsonNet og starte en nasjonal iverksetting i 2020. Erfaringene fra pilotprosjektene og Helsedirektoratets evalueringsrapport legges til grunn for arbeidet, og Parkinson-forbundets bidrag til systematisk brukermedvirkning videreføres. Helsedirektoratet bidrar med sin erfaring som prosjektleder for pilotprosjektene. De regionale helseforetakene etablerer en nasjonal koordineringsfunksjon, i tråd med erfaringene fra Nederland og anbefalingen i Helsedirektoratets evalueringsrapport. Koordineringsfunksjonen skal ha oppgaver i utvikling og vedlikehold av ParkinsonNet i alle deler av landet, og skal finansieres av regionene i fellesskap. Parkinsonforbundets arbeid med systematisk brukermedvirkning knyttes til den nasjonale koordineringsfunksjonen og finansieres fra denne. De regionale helseforetakene vurderer for øvrig behov for tilpasninger av den nederlandske modellen til norske forhold ut fra f.eks. lokal kapasitet, organisering og faglige og geografiske betingelser.*

I justert oppdragsdokument for 2020 er fristen for å starte nasjonal iverksetting forlenget til 30. juni 2021.

Til grunn for arbeidet skal de regionale helseforetakene legge evalueringsrapporten *Helsedirektoratets anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende videre utvikling av ParkinsonNet i Norge (15.05.2019).*

Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) omtaler ParkinsonNet som en nettverksmodell for deling av kompetanse på tvers. Det kan bidra til bedre samhandling og større muligheter til å unngå dobbeltbehandling, unødige innleggelser og reinnleggelser. ParkinsonNet vil gjøre det enklere for pasienter å komme i kontakt med andre pasienter/pårørende i samme situasjon og

med helsepersonell som har relevant kompetanse, og vil med det kunne bidra til at pasient/pårørende bedre mestrer egen livssituasjon.

Nasjonal helse- og sykehusplan påpeker at det er et mål å vurdere om arbeidsformen i ParkinsonNet også kan benyttes overfor andre pasientgrupper. Oppdraget i 2020-21 er avgrenset til å gjelde innføring av modellen for parkinsonpasienter.

1.2 De regionale helseforetakenes sørge for-ansvar

Det er en forutsetning at nasjonal iverksetting av modellen ParkinsonNet gjøres innenfor rammen av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. RHF-ene ivaretar sørge for-ansvaret gjennom egeneide helseforetak og gjennom avtaler med private aktører. Det innebærer at ansvar for oppfølging, operasjonalisering og iverksetting i regionene ligger til hvert regionale helseforetak. Ansvaret for drift i pilotområdene fram til ParkinsonNet er i ordinær drift, ligger på samme måte til det aktuelle RHF.

Styringsbudskap gis gjennom årlige oppdrags/styringsdokumenter og budsjetter til helseforetakene. Oppdrag om iverksetting og varig drift av ParkinsonNet-modellen vil på denne måten kunne gis til aktuelle helseforetak.

Gjennomføring forutsetter deltakelse fra kommunene.

1.3 Mandat for prosjektet

Prosjektet har i mandat å utarbeide en plan for iverksetting av ParkinsonNet i Norge. Planen skal legge grunnlaget for videre utvikling av modellen, og skal omfatte:

- etablering av en nasjonal koordineringsfunksjon som finansieres av regionene i fellesskap
- tilpasning av ParkinsonNet til norske forhold ut fra blant annet lokal kapasitet, faglige og geografiske forhold
- utarbeiding av en framdriftsplan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet
- håndtering av større utviklingsoppgaver knyttet til ParkinsonNet

Planen skal sikre at nasjonal iverksetting følger de samme prinsippene i alle helseregionene, slik at det faglige innholdet i ParkinsonNet blir tilnærmet likt over hele landet.

Beskrivelse av mandat og oppgaver for prosjektet følger av vedlegg 1 Prosjektdirektiv.

1.4 Organisering og gjennomføring av prosjektet

Prosjekteier er administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene og styringsgruppe for prosjektet er fagdirektører, supplert med brukerrepresentant og konserntillitsvalgte. Prosjektgruppen har representanter fra RHF-ene, HF-ene der pilotprosjektene var lokalisert, Norges Parkinsonforbund og Helsedirektoratet. Oversikt over deltakere går fram av vedlegg 1.

Etter innspill fra styringsgruppen ble InnoMed knyttet til prosjektet, og har gitt prosess-veiledning og bidrag til løsningsforslag for bl.a. involvering og samarbeid med kommuner (se vedlegg 3).

Prosjektarbeidet har pågått fra september til desember 2020, med videomøter omtrent annen hver uke. InnoMed har deltatt i prosjektmøtene. I tillegg har undergruppen av prosjektgruppen hatt møter og jobbet med ulike deloppgaver i mandatet.

2. MODELLEN PARKINSON-NET

2.1 Parkinsons sykdom og atypisk parkinsonisme

Parkinsons sykdom rammer mellom 100 og 150 personer per 100.000 innbyggere. Man antar derfor at om lag 7-8000 personer har sykdommen i Norge. Menn rammes oftere av sykdommen enn kvinner. Debutalder ligger vanligvis mellom 50 og 70 år, men varierer betydelig. Generelt øker forekomsten av sykdommen med økende alder. På grunn av at befolkningen blir stadig eldre, forventes derfor at antall personer med Parkinsons sykdom fordobles frem mot 2040. Atypiske parkinsonistiske lidelser er mindre hyppige og antas å utgjøre 10-20 % av alle parkinsonistiske lidelser.

2.2 Nederlandsk modell

ParkinsonNet er en nederlandsk modell med mål om best mulige behandlingstjenester til personer med Parkinsons sykdom. Dette oppnås gjennom systematisk sær- og tverrfaglig, praksis-nær opplæring av helsefagpersonell og med stort fokus på kommunikasjon på tvers av faggruppe, helsetjeneste og kommunegrense.

2.3 Pilotprosjekt

I april 2017 ble Oslo og Rogaland utpekt som pilotregioner til utprøving av den nederlandske modellen. Et tett samarbeid med bruker og brukerorganisasjon i alle ledd kjennetegnet arbeidet med piloten. Pilotprosjektet ble evaluert ett år etter oppstart.

Den praktiske gjennomføringen av pilotprosjektet ParkinsonNet for ergoterapeuter, fysioterapeuter og logopeder startet med et e-læringskurs etterfulgt av et tredagers grunnkurs. Spørreskjema for evaluering av deltakerens kompetanse ble fylt ut før oppstart og etter ett år. En evaluering av grunnkurset ble også gjennomført. Første grunnkurs (kull I) ble holdt i oktober 2017 i Rogaland og i januar 2018 i Oslo. Grunnkurs II (kull II) ble holdt i januar og mars 2019 i henholdsvis Rogaland og Oslo. Deltakere har i det påfølgende året deltatt på tre dagsamlinger med både tverrfaglige og særfaglige sesjoner. 57 sykepleiere fra hjemmetjenesten og ulike sykehjem deltok på dag 1 av grunnkurset ParkinsonNet Rogaland 2017, etterfulgt av et heldags sykepleierkurs om Parkinsons sykdom i regi av Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser. Sykepleiere er fra og med 01.01.2019 inkludert i pilotprosjekt ParkinsonNet og deltok i grunnkurs II i både Rogaland og Oslo.

Per 01.03.2019 hadde pilotprosjektet samlet totalt 238 deltagere fra 4 ulike fagprofesjoner i Oslo og Rogaland. Antall deltakere i prosjektet var meget stabilt med lite frafall.

- Det er gitt generelt gode tilbakemeldinger og evaluering for alle gjennomførte grunnkurs. Hele 97 % av deltakerne ville anbefalt kurset til sine kollegaer.

- Alle faggrupper rapporterte klart bedre kompetanse og bedre kunnskap om hva egen og andre faggrupper kan yte for pasientgruppen.

- 98 % av deltakerne anga at de sannsynligvis kommer til å endre klinisk praksis. Dette gjenspeiles etter 1 år der antall konsultasjoner per pasient per år er endret. For fysioterapeuter er frekvensen klart redusert, mens den er noe redusert for ergoterapeuter og vesentlig økt for logopeder. Det er imidlertid stor individuell variasjon.

- Antall pasienter sett i løpet av et år har i snitt steget med 1 til 2 brukere for alle faggrupper. Dette til tross for at 34-47 % av deltakerne ved grunnkurset så utfordringer med henblikk på å øke antall pasientkonsultasjoner.

- Alle faggrupper opplevde hinder for kunne å yte best mulig tjenester. Blant de hyppigst nevnte hinder etter 1 år var:
    - for sent mottatt henvisning til behandling
    - Ingen/begrenset mulighet for å se brukere utenfor egen klinikk/institusjon
    - for lite tid / utilstrekkelig refusjon

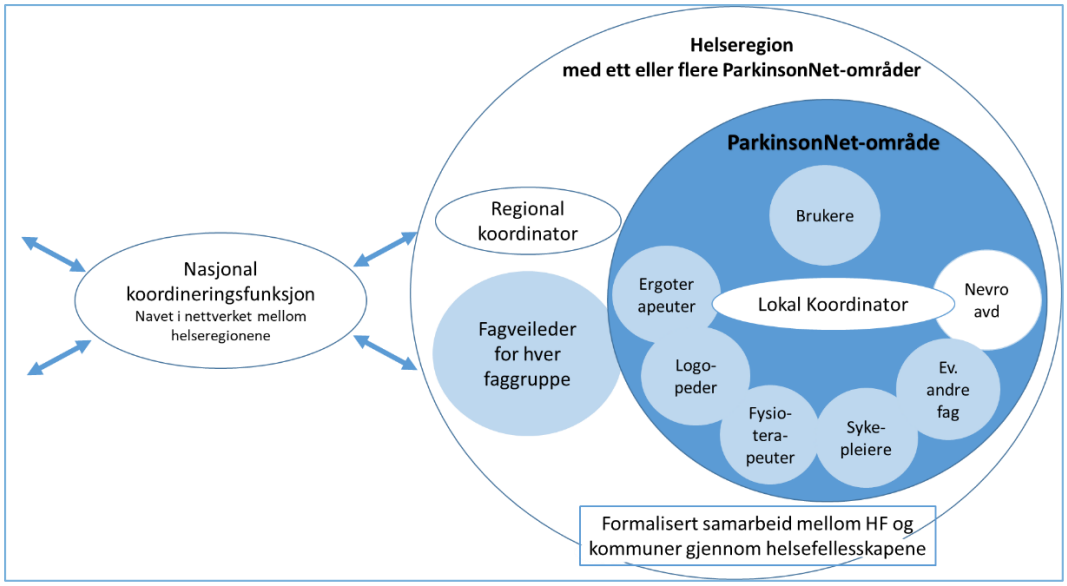
I tillegg har UiO gjennomført en kvalitativ undersøkelse. Hensikten med evalueringen var å få innsikt i erfaringene til pasienter (eventuelt pårørende) som er berørt av ParkinsonNet. Totalt ble 47 pasienter og 5 pårørende i Oslo og Rogaland intervjuet gjennom 3 fokusgruppeintervju og 22 individuelle intervju. Undersøkelsen tyder på at ParkinsonNet erfares og beskrives av informantene som et viktig tiltak som bør videreføres og videreutvikles. I en samlet totalvurdering mente Helsedirektoratet at nåværende kunnskapsgrunnlag er godt nok til å gjøre en vurdering og anbefale videre arbeid med modellen.

3. PARKINSON-NET I HELSEREGIONENE

Prosjektet foreslår løsninger for å tilpasse ParkinsonNet til norske forhold, i samsvar med føringer i oppdragsdokumentet. Løsningsforslagene er utformet for å passe inn i styringsmodellen for RHF-ene og HF-ene, og har som mål å bidra til nasjonal likhet i det faglige innholdet i ParkinsonNet. Forslagene er relativt overordnede og detaljeres etter behov i implementeringen i helseregionene.

ParkinsonNet skal knytte fagpersoner sammen gjennom tverrfaglige nettverk på tvers av nivå, og bidra til kompetanseheving. Modellen skal bidra til at pasientene får behandling fra helsepersonell med relevant faglig kompetanse.

Figur 1 ParkinsonNet-modellen



3.1 ParkinsonNet-områder

Hver helseregion etablerer nettverk i ParkinsonNet-områder:

- Et ParkinsonNet-område inkluderer en koordinator, en tilknytning til en nevrologisk avdeling og en tilknytning til en fagveileder innen hvert fagområde. Det bør være en fast tilknyttet lokal nevrolog.

- ParkinsonNet-deltakere er fagpersoner (fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og sykepleiere) som melder seg på ParkinsonNet og forplikter seg til å delta aktivt i nettverket. Fagpersonene kan være ansatt i kommune, i spesialisthelsetjeneste, privat eller være selvstendig næringsdrivende.

- Hvert ParkinsonNet-område må ha en implementeringsgruppe.

- Hver helseregion vurderer antall ParkinsonNet-områder i helseregionen ut fra lokale forhold (for eksempel ut fra helsefelleskapsområder, jf. kapittel 6.1)

3.2 Regional koordinator

Hver helseregion vil trenge en regional koordinator. Denne bør være ansatt ved en nevrologisk avdeling, og det vil være hensiktsmessig at en av de lokale koordinatorene i helseregionen ivaretar funksjonen som regional koordinator. Det gjelder følgende administrative/ koordinerende oppgaver:

- Samarbeide med andre regionale koordinatorer, samt nasjonal koordineringsfunksjon, for å sikre helhet i en nasjonal utvidelse, samt tilstrebe nasjonal likhet i kompetanse og tilbud. Særlig viktig å samarbeide om fagveiledere og sikre hensiktsmessig rekruttering.
- Opprette det som i regionen ansees som en hensiktsmessig implementeringsgruppe
- Systematisk brukermedvirkning skal ivaretas.
- Informere regionalt om ParkinsonNet
- Opprettholde og etablere kontakt med relevante institusjoner
- Samarbeid med kommuner, jf. beskrivelse i kapittel 6
- Følge utarbeidet implementeringsveileder med detaljert oppsett for planlegging og gjennomføring av grunnkurs. Vurdere behov for antall grunnkurs, hyppighet og lokalisasjon for disse.
- Koordinere og lede gjennomføringen av 2-4 fagsamlinger årlig for fagpersoner
- Rekruttere fagpersoner og potensielle fagveiledere
- Lede oppstart og bidra til drift av nettverk/nettverksområder i egen helseregion
- Bidra i gjennomføringen av kvalitetssikring, bl.a. utlevering og innhenting av spørreskjema fra deltakere
- Ivareta ved behov samarbeid med fagorganisasjoner som er involvert i ParkinsonNet

Ressursbehovet for å løse oppgavene med regional koordinering vurderes i hver helseregion basert på lokale forhold. Behov for lokal koordinator vurderes også lokalt.

3.3 Fagveiledere

Det er et mål at hver helseregion i en driftsfase har ansatt en fagveileder per faggruppe (fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie), som:

- har fagansvar, holder grunnkurs og veileder innenfor sitt fagområde
- har spisskompetanse innenfor Parkinson sykdom

- bidrar til nettverksbygging
- har regionale oppgaver – kan dekke ett eller flere ParkinsonNet-områder
- kan ha nasjonale oppgaver – kan brukes fleksibelt mellom helseregionene

I implementeringsfasen, før fagveileder-kompetanse er bygd opp i alle helseregioner, bør fagveileder-ressursene brukes fleksibelt mellom regionene. Også i en driftsfase vil det kunne være hensiktsmessig med samarbeid over regionsgrensene om fagveiledere. Koordineringen gjøres i tett samarbeid mellom nasjonale koordineringsfunksjon og regionale koordinatorer.

For hvert nettverksområde som etableres antas det å være behov for om lag en 20 prosent stillingsressurs for fagveileder for hver faggruppe. Dette baseres på erfaringer fra pilotene.

Hver region vurderer ressursbehovet for fagveiledere med regionale/lokale oppgaver ut fra lokale forhold. Dersom et ParkinsonNet-område ikke har egen fagveileder, bør det være en lokal fagkontakt som koordinerer egen faggruppe.

3.4 Samarbeid

Det er viktig med gjensidig og forpliktende nettverkssamarbeid mellom regionale koordinatorer, fagveiledere og den nasjonale koordineringsfunksjonen for å sikre det nasjonale samarbeidet om bl.a. faglig utvikling i ParkinsonNet-modellen. Samarbeid med brukerne beskrives nærmere i kapittel 5 og kommuner i kapittel 6.

4. NASJONAL KOORDINERINGSFUNKSJON

Det følger av føringene i oppdragsdokumentet at det skal etableres en nasjonal koordinerings-funksjon i tråd med erfaringene fra Nederland og anbefalingen i Helsedirektoratets evalueringsrapport. Koordineringsfunksjonen skal finansieres av regionene i fellesskap.

4.1 Oppgaver

Oppgavene som legges til en nasjonal koordineringsfunksjon skal bidra til at intensjonen med modellen ParkinsonNet spres til alle deler av landet. Målet er selvstendig virksomhet i de enkelte nettverksområdene når struktur og kompetanse er etablert.

Oppgavene til den nasjonale koordineringsfunksjonen vil være i endring over tid. Det skilles her mellom en 3-4 års implementeringsfase og en påfølgende varig driftsfase.

Implementeringsfasen:

- Koordinere samarbeidet mellom regionale koordinatorer og fagveiledere for å sikre helhet i en nasjonal utvidelse, samt tilstrebe nasjonal likhet i kompetanse og tilbud. Dette innebærer å knytte sammen og koordinere et nettverkssamarbeid på tvers av helseregionsgrenser.
- Bistå helseregionene med kunnskap om ParkinsonNet, der nødvendig, for eksempel i rekruttering av regional/lokale koordinatorer
- Overordnet samarbeid med brukerorganisasjon
- Revidere og videreutvikle en implementeringsveileder
- Koordinere kvalitetssikring av faglig innhold i kurs i samarbeid med fagveiledere

- Sikre nasjonal tilgang til kompetansekartlegging, evalueringer, invitasjonsbrev, påmeldingslinker, implementeringsveileder, informasjonsmateriale etc.
- I samråd med fagveiledere utarbeide opplæringsprogram for nye fagveiledere, samt arrangere årlige nasjonale møter for regionale fagveiledere.
- Ivareta ved behov samarbeid med fagorganisasjoner som er involvert i ParkinsonNet
- Ivareta nødvendig kontakt til ParkinsonNet International.

Den nasjonale koordineringsfunksjon revurderes etter implementeringsfasen (kap. 4.5 om evaluering). I driftsfasen vil oppgaver definert under implementeringsfasen delvis endres. Drift av etablerte nettverk i helseregionene er et regionalt ansvar.

Uendrede oppgaver vil være:

- Koordinere nettverkssamarbeidet på tvers av helseregionsgrenser mellom regionale koordinatorer og fagveiledere for å sikre helhet nasjonalt
- Overordnet samarbeid med brukerorganisasjon
- Sikre nasjonal tilgang til kompetansekartlegging, evalueringer, invitasjonsbrev, påmeldingslinker, implementeringsveileder etc.
- Ivareta ved behov samarbeid med fagorganisasjoner som er involvert i ParkinsonNet
- Ivareta nødvendig kontakt til ParkinsonNet International.

Den nasjonale koordineringsfunksjonen vil i tillegg følge opp:

- Overføring av fagpersonregister til annen plattform (jf. kapittel 7)
- Utvikling av norske e-læringsprogrammer (jf. kapittel 7)
- Eventuell utvidelse mht. antall faggrupper

Den nasjonale koordineringsfunksjonen leverer årlig en handlingsplan og rapport med oversikt over hovedaktiviteter og resultat. Rapporten godkjennes av styringsgruppen, jf. nedenfor.

4.2 Styringsgruppe

Det foreslås å etablere en styringsgruppe for den nasjonale koordineringsfunksjonen. Styringsgruppen kan bestå av alle de regionale helseforetakene, KS, brukere og konserntillitsvalgte, og kan ledes på omgang av RHF-ene. Styringsgruppen går årlig gjennom handlingsplan, budsjett og årsrapport.

4.3 Estimert ressursbehov

For å ivareta oppgavene vurderer prosjektet at det i implementeringsfasen vil være behov for følgende bemanning ved en nasjonal koordineringsfunksjon:

- Leder av koordineringsfunksjonen (nasjonal koordinator) i 60 prosent stilling i implementeringsfasen. Lederen bør ha kompetanse på Parkinsons sykdom og ParkinsonNet.
- Administrativ støttefunksjon tilsvarende 150 prosent stillingsressurs

For kostnadsestimat og forslag til delingsmodell vises det til kapittel 8.

4.4 Lokalisering

Anbefalingen i Helsedirektoratets rapport er at den nasjonale koordineringsfunksjonen legges i tilknytning til Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser (NKB) ved Stavanger universitetssykehus, Helse Stavanger HF.

Det foreslås at oppgaven som nasjonal koordineringsfunksjon lokaliseres til Helse Stavanger HF, og at den samlokaliseres med kompetansemiljøet ved NKB. En slik samlokalisering vil samle kompetanse på tverrfaglig behandling og oppfølging av pasienter med Parkinsons sykdom på tvers av helsetjenestene og kan gi positive ringvirkninger.

Med denne løsningen vil Helse Stavanger HF vil få i oppdrag fra Helse Vest RHF å ivareta oppgaven som nasjonal koordineringsfunksjon og knytte funksjonen til kompetansemiljøet ved NKB. Oppgaven vil ivaretas uavhengig av eventuelle endringer i organiseringen av nasjonale kompetansetjenester, samtidig som koplingen til kompetansemiljøet beholdes.

Som en konsekvens foreslås det at funksjonen bemannes og finansieres adskilt fra de primære kompetansetjenesteoppgavene til NKB (nærmere redegjørelse for kompetansetjeneste-oppgavene til NKB i vedlegg 2).

4.5 Evaluering

Det foreslås at den nasjonale koordineringsfunksjonen evalueres ett år etter avsluttet implementering av ParkinsonNet i alle regioner. I samsvar med framdriftsplanen (kap. 6.4) foreslås det at evalueringen initieres i 2024. I evalueringen vurderes behovet for videreføring i en driftsfase, og evalueringen bør omfatte både oppgaver og organisering av den nasjonale koordineringsfunksjonen. Evalueringen initieres av styringsgruppen for den nasjonale koordineringsfunksjonen, og bør gjennomføres av de regionale helseforetakene i fellesskap.

5. BRUKERMEDVIRKNING I PARKINSON-NET

Oppdragsdokumentet slår fast at:

- «*Parkinsonforbundets bidrag til systematisk brukermedvirkning videreføres*» og
- «*Parkinsonforbundets arbeid med systematisk brukermedvirkning knyttes til den nasjonale koordineringsfunksjonen og finansieres fra denne*.»

Helsedirektoratet skriver i sin evalueringsrapport at «*ParkinsonNet har brukermedvirkning som en sentral del av treningen og opplæringen som gis til alle fagpersoner i nettverket. Oppfølgningen som gis skal baseres på den enkeltes behov og ønsker. Tilnærmingen hver fagperson skal ha skal gjøre den enkelte pasient bedre i stand til å mestre egen situasjon.»*

Når ParkinsonNet er implementert og kjent både i nevrologiske avdelinger og kommunene, vil det være lettere for pasienter og pårørende å komme i kontakt med helsepersonell med relevant kompetanse. Fagpersonregisteret gjør det enklere å få oversikt over aktuelt helsepersonell.

Kontakten mellom pasienter og pårørende er viktig, og vil bidra til at ParkinsonNet blir bedre kjent. Gjennom ParkinsonNet får fagpersoner kjennskap til arbeidet som gjøres i Norges Parkinsonforbund lokalt og sentralt for å skape møteplasser mellom pasienter og pårørende. Dette skjer blant annet gjennom deltakelse på grunnkurs, dagsamlinger og gjennom informasjon i ulike kanaler. ParkinsonNet-områdene og Norges Parkinsonforbunds fylkes- og lokalforeninger kan samarbeide om informasjonsformidling og ulike tiltak. I pilotperioden er det flere konkrete eksempler både i Oslo og Rogaland, på aktiviteter som har blitt til i samarbeid mellom

fagpersoner og brukerforeningen, blant annet treningsgrupper og foredrag for brukerne ledet av fagpersonene.

I Helsedirektoratets anbefaling står det videre at «*ParkinsonNet vil være avhengig av et tett samarbeid med Norges Parkinsonforbund. I pilotprosjektet har de bidratt på systemnivå i koordineringen av prosessen. Tilsvarende brukerkompetanse vil være avgjørende for en kvalitetsbasert implementeringsprosess, og være nødvendig ved varig drift av ParkinsonNet. Hvordan denne brukerkunnskapen på overordnet nivå skal organiseres, må avklares og avgrenses ved overgang til en utvidelse av ParkinsonNet. Samtidig er det helt klart at kompetansen må kjøpes og ikke kan forventes levert uten økonomisk kompensasjon.*»

I ParkinsonNet-modellen skjer brukermedvirkningen på tre ulike nivå: Systemnivå i den nasjonale koordineringsfunksjonen, på tjenestenivå i ParkinsonNet-områdene og eventuelt på regionsnivå og på individnivå i møtet mellom pasient/bruker og fagperson.

I dette dokumentet beskrives brukermedvirkningen på system- og tjenestenivå innenfor rammene som de regionale helseforetakene har for oppnevning, opplæring og godtgjørelse (jf. nasjonal retningslinje for brukermedvirkning).

5.1 Systemnivå

For deltakelse i arbeidet i den nasjonal koordineringsfunksjon oppnevnes det to bruker-representanter (med vara) med maks funksjonstid på 6 år.

Oppnevning: Helse Vest RHF ved Nasjonal koordineringsfunksjon kontakter Parkinsonforbundet nasjonalt og ber om forslag til representanter. Helse Vest RHF ved Nasjonal koordinerings-funksjon oppnevner representantene.

Nasjonal koordineringsfunksjon har ansvar for taushetserklæring og opplæring av brukerrepresentantene.

Takster for honorering av brukermedvirkning på systemnivå fastsettes av Helse Vest RHF. Den nasjonale koordineringsfunksjonen budsjetterer brukermedvirkningen på systemnivå (honorar, reise, eventuelt tapt arbeidsfortjeneste). Kostnaden fordeles på de fire RHF-ene iht avtalt fordelingsnøkkel. Et estimat på kostnader til brukermedvirkning på systemnivå beskrives i kapittel 8.

Brukermedvirkning på systemnivå deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak som er lagt til den Nasjonale koordineringsfunksjonen i ParkinsonNet-modellen. Det legges også opp til brukerrepresentasjon i styringsgruppen for den nasjonale koordineringsfunksjonen.

5.2 Tjenestenivå

På regionalt nivå vurderes oppnevning av brukerrepresentanter (med vara) i forbindelse med implementeringsarbeidet.

I ParkinsonNet-områdene oppnevnes det to brukerrepresentanter (med vara) med funksjonstid på maks 6 år.

Oppnevning: Brev til alle Parkinson lokalforeninger i fylkene som omfattes av det enkelte nettverk. Foreningene spiller inn kandidater. Helseforetaket ved koordinator for ParkinsonNet-

området oppnevner to brukerrepresentanter, i tråd med nasjonal veileder for brukermedvirkning.

- Lokalt helseforetaket ved koordinator har ansvar for taushetserklæringer.
- Alle brukerrepresentantene som oppnevnes bør ha gjennomført nettkurs for brukeropplæring. https://www.helse-sorost.no/brukermedvirkning#digital-grunnopplaering-for-brukerrepresentanter-pa-systemniva
- Nasjonal koordineringsfunksjon har ansvar for generell opplæring knyttet til ParkinsonNet. Parkinsonforbundet bidrar i opplæringen.
- Lokalt helseforetak ved koordinator har ansvar for opplæring som er knyttet til lokale forhold.
- Takster for honorering følger rutinen i det enkelte RHF. Hver enkelt region må budsjettere med prosjektmidler til brukermedvirkningen på tjenestenivå (honorar, reise, eventuelt tapt arbeidsfortjeneste).

Brukermedvirkning på tjenestenivå omfatter planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak som er lagt til dette nivået i ParkinsonNet-modellen.

6. NASJONAL IVERKSETTING AV PARKINSON-NET

I dette kapittelet foreslås noen hovedprinsipper og løsninger med formål om å understøtte iverksettingen i helseregionene av ParkinsonNet-modellen slik den beskrives kapittel 3-5.

6.1 Inndeling i ParkinsonNet-områder

Ansvaret for inndeling og etablering av ParkinsonNet-områder ligger til den enkelte helseregion. I det følgende pekes det på noen prinsipper for inndeling, som grunnlag for videre planlegging og iverksetting i regionene.

Tilknytning til en nevrologisk avdeling

Et ParkinsonNet-område forutsettes også å ha en tilknytning til en nevrologisk avdeling. I tabell 1 følger en oversikt over potensielle ParkinsonNet-områder basert på etablerte samarbeids-områder, som også inkluderer et helseforetak/sykehus med en nevrologisk avdeling. Organisering, herunder mulige parkinsonområder, er så langt ikke drøftet med helseforetakene i regionene.

Tabell 1 Potensielle/mulige ParkinsonNet-områder

Helseregion	Inkluderer følgende helseforetaks-/sykehus-områder med samarbeidende kommuner	Nevrologisk avd. ved følgende sykehus/HF, som kan knyttes til ParkinsonNet-området
Helse Nord	Finnmarkssykehuset HF UNN HF	UNN Tromsø
Helse Nord	Nordlandssykehuset HF Helgelandssykehuset HF	Nordlandssykehuset Bodø
Helse Midt	St. Olavs hospital	St. Olavs hospital
Helse Midt	Helse Møre og Romsdal	Molde sykehus
Helse Midt	Hele Nord-Trøndelag	Sykehuset Namsos

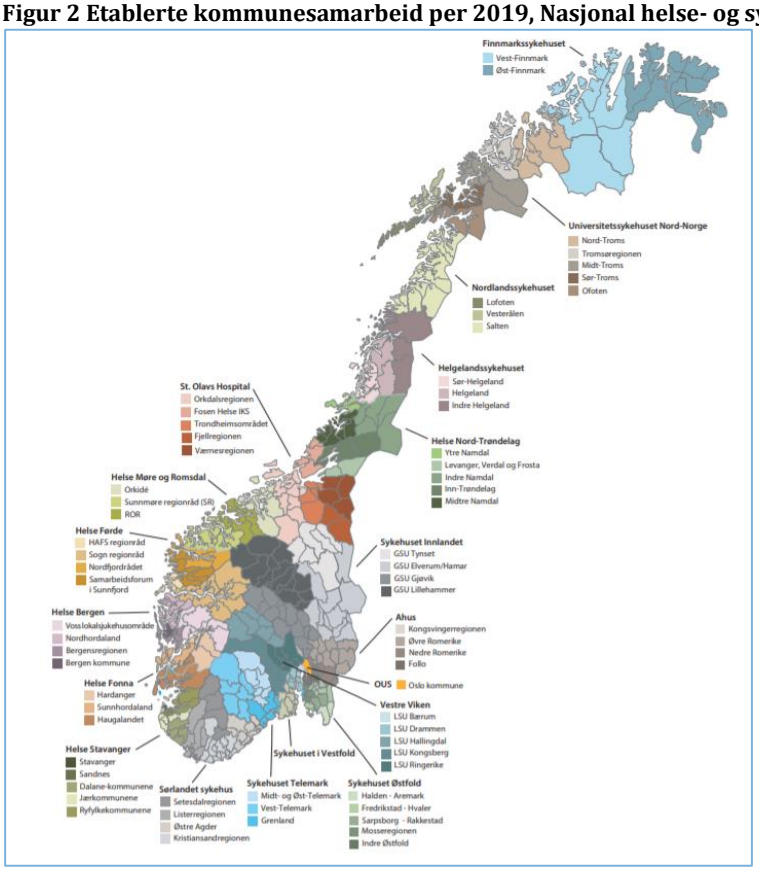
Helseregion	Inkluderer følgende helseforetaks-/sykehus-områder med samarbeidende kommuner	Nevrologisk avd. ved følgende sykehus/HF, som kan knyttes til ParkinsonNet-området
Helse Vest	Helse Stavanger HF	Stavanger universitetssykehus
Helse Vest	Helse Fonna HF	Haugesund sjukehus
Helse Vest	Helse Bergen HF	Haukeland universitetssykehus
Helse Vest	Helse Førde HF	Førde sentralsjukehus
Helse Sør-Øst	Akershus	Akershus universitetssykehus HF
Helse Sør-Øst	Oslo sykehusområde	Oslo universitetssykehus HF
Helse Sør-Øst	Telemark og Vestfold sykehusområde	Sykehuset Telemark HF
Helse Sør-Øst		Sykehuset Vestfold HF
Helse Sør-Øst	Innlandet sykehusområde	Sykehuset Innlandet HF
Helse Sør-Øst	Østfold sykehusområde	Sykehuset Østfold HF
Helse Sør-Øst	Sørlandet sykehusområde	Sørlandet sykehus HF
Helse Sør-Øst	Vestre Viken sykehusområde	Vestre Viken HF

Tilknytning til etablerte samarbeidsstrukturer

Samarbeid mellom kommuner og helseforetak er en grunnleggende forutsetning for et ParkinsonNet-område. Det kan derfor være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i etablerte samarbeidsområder. Kartet (figur 2) er hentet fra Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) og illustrerer etablerte samarbeidsstrukturer per 2019 (det tas forbehold om endringer). Etablering av helsefellesskap (jf. NHSP) tar utgangspunkt i disse strukturene. Det vises til kapittel 6.2 for mer om samarbeidet og mulig tilknytning til helsefellesskapene.

Ved etablering av et ParkinsonNet-område kan det vurderes en tilknytning til relevante private aktører som har avtale med et regionalt helseforetak.

Figur 2 Etablerte kommunesamarbeid per 2019, Nasjonal helse- og sykehusplan (forbehold om endringer)



Hensiktsmessige sammenslåinger
For mest mulig fleksibel bruk av begrenset kompetanse og ressurser knyttet til ParkinsonNet, vil det trolig være hensiktsmessig at flere helseforetaksområder/samarbeidsområder inngår i samme ParkinsonNet-område. Særlig i en oppstartsperiode, før kompetanse er bygd opp og spredt, vil dette være aktuelt. Hva som er den mest hensiktsmessige inndelingen i hver helseregion vil vurderes ut fra lokale forhold i det videre arbeidet med iverksetting i regionene.

Samlet sett er det rimelig å anta at det kan være rundt regnet 10-12 ParkinsonNet-områder i landet når implementeringen er ferdigstilt. Antall områder og inndelinger vil imidlertid kunne være i endring over tid, tilpasset lokale forhold.

6.2 Samarbeidet med kommuner

Parkinsonpasienter er avhengige av et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune for å få et helhetlig tilbud. Kommunenes egen vurdering av deltakelse i ParkinsonNet er et suksesskriterium og en risikofaktor i den nasjonale iverksettingen.

Muligheter og barrierer
For å få et innblikk i muligheter og barrierer for deltakelse fra kommunene, har InnoMed bistått prosjektet og intervjuet med et utvalg små og store kommuner, sykehus og privatpraktiserende som har vært en del av piloten, og også noen som ikke har deltatt i piloten. I tillegg er Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem, KS regionalt, Parkinsonforbundet og fagforbund intervjuet (se mer om InnoMeds innsiktsarbeid i vedlegg 3).

Det pekes på noen muligheter, eller risikodempende tiltak, for å bidra til vellykket iverksetting:

- Sørge for god lederforankring og involvering
- Koble ParkinsonNet på eksisterende initiativer, nettverk og strukturer
- Kommunisere/informere tydelig om:
    - gevinster som økt kunnskap og kompetansedeling
    - kunnskapsgrunnlaget
    - hvordan nettverket organiseres og hva kommunen må bidra med for å lykkes
- Ta i bruk digitale løsninger i økende grad (f.eks. e-læring)

Eksempler på barrierer som er identifisert:

- Kommunene stiller spørsmål ved nytten og lønnsomheten av deltakelse i nettverket
- Kommunene fokuserer på funksjon og ikke på diagnose
- Det er begrenset kapasitet i kommunene
- Deltakelse i nettverkssamlinger går ut over direkte pasientrettet tid

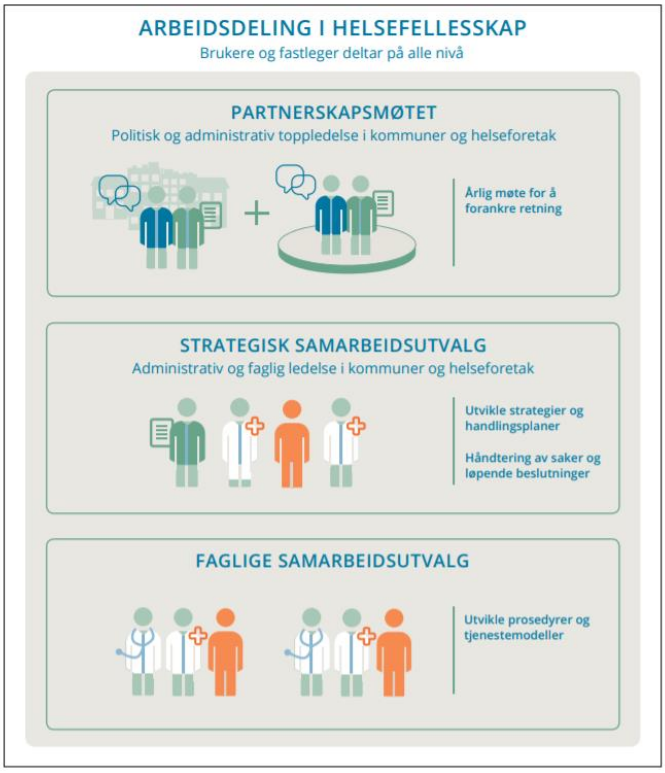
Etablering av samarbeidet

Samarbeidet må finne sin form i arbeidet med iverksettingen i helseregionene, tilpasset lokale forhold. Forslagene her er bidrag til å bygge ned barrierer og utnytte muligheter som er identifisert.

Det anbefales at helseforetakene bruker etablerte samarbeidsavtaler og -strukturer mellom helseforetak og kommuner som en inngangsport for å formalisere samarbeidet (det vises til f.eks. delavtale om gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering).

Samarbeidet om tilbud til parkinsonpasienter foreslås lagt til helsefellesskapene. I Nasjonal helse- og sykehusplan blir strukturen i helsefellesskap illustrert som i figur 3 Forankringen kan skje i gjennom disse strukturene eller gjennom andre etablerte samhandlingsstrukturer. Helseforetak og kommune må lokalt bli enige om hvilket forum som er egnet til samarbeid om utvikling av ParkinsonNet.

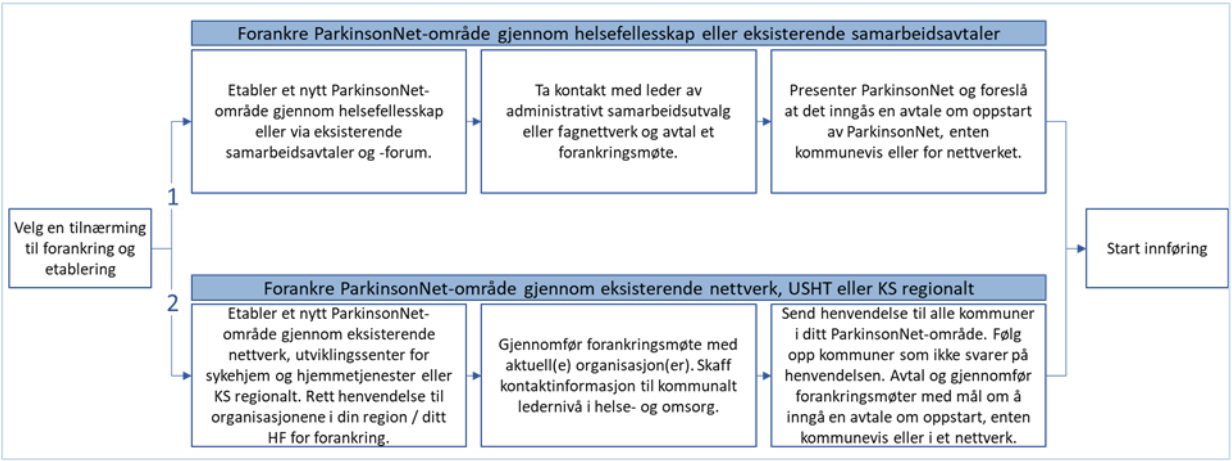
Figur 3 Helsefellesskap, Nasjonal helse- og sykehusplan



Det forutsettes at forankring på ledernivå resulterer i praktisk gjennomføring på klinisk nivå. Likevel foreslås det i tillegg å undersøke om ParkinsonNet kan knyttes til eksisterende nettverk/strukturer, som f.eks. Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) eller KS regionalt. Regionale koordinatorer bør skaffe innsikt i relevante strukturer i sitt område.

Forslag til framgangsmåte for forankring og formalisering av samarbeidet i et ParkinsonNet-området illustreres i figur 4:

Figur 4 Framgangsmåte for forankring og formalisering av samarbeidet i et ParkinsonNet-området



Etter at samarbeidet med kommuner i et ParkinsonNet-område er forankret og formalisert, kan oppstart av nettverkssamarbeidet ta til.

Figur 5 Innføring av ParkinsonNet

Alle kommunene bør utnevne ressursperson for ParkinsonNet. Koordinatoren kan avtale oppstart med kommunene i nettverket, enten enkeltvis eller i grupper. Plan for innføring drøftes med kommunene, bl.a. for å forstå hva den enkelte kommunen trenger for å komme i gang. Det er avgjørende at kommunene får tett oppfølging i oppstartsfasen. I driftsfasen kan f.eks. ressurspersoner i kommunene og fagpersonregisteret brukes aktivt for å følge med på om nettverket lykkes. For mer om involvering av kommuner vises det til vedlegg 3.

6.3 Informasjon og kommunikasjon

Interessentanalyse og kommunikasjonsplan regionalt/lokalt
Et ParkinsonNet-område vil ha mange aktører, og gode strukturer for kommunikasjon og samhandling i nettverket blir derfor viktig for å lykkes. Et suksesskriterium og et risikodempende tiltak kan være å utarbeide en interessentanalyse og kommunikasjonsplan.

Kommunikasjonsplanen består av en liste med informasjons- og kommunikasjonsaktiviteter, og viser hva som skal kommuniseres til hvilke interessenter, når og hvilke kanaler som er hensiktsmessige å benytte. Målet er å sikre bevissthet og forankring hos de ulike interessentene for ParkinsonNet.

Prosjektet har utarbeidet et utgangspunkt for kommunikasjonsaktiviteter og kartlegging av interessenter (vedlegg 4). Denne kan bearbeides videre i det lokale/regionale implementerings-arbeidet. Interessentanalysen og kommunikasjonsplanen bør fungere som et levende dokument både underveis i implementeringen og når nettverket er over i drift. Nye aktiviteter bør kartlegges underveis, og justeres basert på innsikt i hva som fungerer og hva som ikke fungerer, og det bør defineres frister og ansvarlige for hver av aktivitetene.

Informasjon om ParkinsonNet på nett
Det vil være viktig å få på plass kortfattet informasjon om ParkinsonNet som er lett tilgjengelig på nett, kvalitetssikret og oppdatert. Det gjelder informasjon rettet mot pasienter, pårørende og befolkning, og informasjon for fagpersoner i helseforetak, kommuner og private.

Nettinformasjon bør gjøres tilgjengelig parallelt med nasjonal iverksetting av ParkinsonNet. Informasjonen kan i første omgang være kortfattet, og videreutvikles på sikt ut fra erfaringer og behov som avdekkes underveis i iverksettingen.

Informasjonen bør finnes på Helsenorge.no og på nettsider til helseforetak rundt om i landet i takt med iverksetting. Nettsidene til RHF-ene er også en aktuell kanal. I tillegg bør det være en nettside for den nasjonale koordineringsfunksjonen (tilknyttet aktuelt HF). Helseforetakenes intranettside kan eventuelt benyttes som kanal for informasjon til sykehusansatte. For å nå fagfolk i kommuner og private, kan Helsebiblioteket være en aktuell kanal.

Det faglige innholdet kan koordineres av den nasjonale koordineringsfunksjonen. Fagveiledere og koordinatorer knyttet til ParkinsonNet bidrar til videreutvikling og vedlikehold av det faglige innholdet i informasjonen.

Kommunikasjonsfaglig tilrettelegging kan ivaretas av kommunikasjonsavdeling i RHF/HF der den nasjonal koordineringsfunksjonen er lokalisert. Disse bidrar til publisering på Helsenorge.no og/eller på HF-enes nettsider gjennom felles nasjonal nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Som del av dette kan det gis bistand til tilrettelegging av tekst/presentasjon som gjøres tilgjengelig i sykehusenes felles database for informasjon til nettsider.

Tabell 2 Informasjon om ParkinsonNet på nett

Målgruppe	Kanal	Kommunikasjonsfaglig tilrettelegging	Faglig innhold	Når
Pasienter Pårørende Befolkning	Helsenorge.no HF-enes nettsider	Nasjonal felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten v/ RHF-ene og HF-enes kommunikasjonsavdelinger	Spilles inn fra nasjonal koordinerings-funksjon	Kortfattet parallelt med iverksetting. Videreutvikles på sikt i tråd med behov/ erfaring
Fagpersoner i helse-foretak, kommuner og private	Nettside for nasjonal koordineringsfunksjon RHF-nettside Intranett HF Helsebiblioteket	RHF-ene og HF-enes kommunikasjonsavdelinger	Spilles inn fra nasjonal koordinerings-funksjon	

6.4 Framdriftsplan for iverksetting

Før nasjonal iverksetting med nye nettverksetableringer kan starte opp, må følgende være på plass:

- Plan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet må være godkjent i styringsgruppe og interregionalt AD-møte (denne rapporten)
- Infrastrukturen for ParkinsonNet-modellen som beskrevet i kapittel 3-5, må være på plass:
    - Informasjon og forankring på RHF- og HF-nivå, bl.a. inndelingen i ParkinsonNet-områder
    - Nødvendige ressurser må være ansatt:
      Ved oppstart i 2021 legges det i hovedsak opp til å bruke eksisterende fagveilederressurser fleksibelt mellom regionene (p.t. ansatt i Helse Sør-Øst og i Helse Vest). Disse er i dag knyttet til vedlikehold av pilotområdene (i Helse Vest tas det derfor sikte på å utvide fagveilederressursen så snart praktisk mulig for å dekke noe av det økende behovet). Parallelt bør videre oppbygging av fagveilederkompetanse i helseregionene starte, med sikte på målet om at hver helseregion i en driftsfase (etter 2024) har ansatt en fagveileder per faggruppe.
    - Grunnleggende materiell må være oppdatert og ferdigstilt:
      Implementeringsveileder inklusive tidslinje, digitalt verktøy for påmelding og besvarelse av standardisert spørreskjema, tentativt program for det første året,

informasjonsbrev, påmelding, tilgang til e-læringskurs (kap. 7.3), samtykke-skjema for deltagelse i fagpersonregister (kap. 7.2), kortfattet informasjon om ParkinsonNet på internettsider (kap. 6.3).

Deretter kan nettverksetableringer starte. Vi antar at det vil ta om lag 1,5 til 2 år fra oppstart av en nettverksetablering til nettverket er i selvstendig drift. Dette er et estimat for tiden det vil ta å få på plass samarbeid med kommuner (kap. 6.2 og 6.3), samt gjennomføre de første kursene og fagsamlingene i et nettverksområde. Dette vil kunne ta mer tid de første årene av implementeringsperioden, og mulig noe mindre tid for de siste nettverksetableringene når erfaringer er vunnet.

De eksisterende pilot-områdene i Helse Sør-Øst og Helse Vest er i selvstendig drift fra 2020. I 2021 foreslås det å starte etablering av nye ParkinsonNet-områder der infrastrukturen er lettest tilgjengelig. Det er i praksis i pilotregionene. Parallelt gjøres forberedelser til nettverks-etableringer i Helse Nord og Helse Midt, slik at disse kan starte opp høsten 2021.

Det foreslås å starte opp 4-5 nye nettverksetableringer i året, slik at alle er i gang med etablering i løpet av våren 2023. Gitt at det kan ta 1,5 til 2 år fra oppstart av et nettverket til det er i selvstendig drift, antas det at implementeringsfasen vil vare fra 2021 og ut 2024.

Tabell 3 Tentativ oppstart nye nettverksetableringer

	Helse Nord	Helse Midt	Helse Vest	Helse Sør-Øst
Vår 2021			✓ *	✓
Høst 2021	✓	✓		
Vår 2022	✓		✓	✓
Høst 2022				✓
Vår 2023				✓

* Gjelder mulig utvidelse av eksisterende pilot-område, som vurderes i Helse Vest

Forutsetninger for tempoet i framdriften
En vesentlig forutsetning for å holde dette tempoet i nasjonal iverksetting av ParkinsonNet, er tilgang til fagveileder-ressurser. Det vises også til kostnadsestimater i kapittel 8.

En annen vesentlig forutsetning er at kommunene finner det formålstjenlig å delta i nettverkssamarbeidet. Det vises til risikodempende tiltak i kapittel 6.2 og 6.3. Utvikling av felles verktøy beskrevet i kapittel 7 vil også kunne virke risikodempende.

7. FELLES VERKTØY OG UTVIKLINGSOPPGAVER

Evalueringsrapporten fra Helsedirektoratet beskriver utviklingsoppgaver som knyttes til nasjonal iverksetting av ParkinsonNet. Det gjelder blant annet informasjon til pasienter og pårørende på helsenorge.no, digital samhandlingsplattform og læringsplattform.

Prosjektet har vurdert håndtering av utviklingsoppgaver og prioritert mellom dem, og peker særlig på videreutvikling av fagpersonregisteret (kap. 7.2) og e-læringsprogram (kap. 7.3) som vesentlige for ParkinsonNet-modellen. Det foreslås at disse oppgavene prioriteres, og at

utviklingen så langt det er praktisk mulig går parallelt med nasjonal iverksetting. Så langt det er mulig legges det opp til å integrere løsningene for ParkinsonNet i eksisterende systemer.

7.1 Bruk av digitale løsninger

Når det gjelder digitale møteformer og samhandlingsplattform vil det for ParkinsonNet handle om å ta i bruk generiske IKT-løsninger som er/blir utviklet nasjonalt og/eller regionalt, og som er tilgjengelig gjennom Norsk helsenett.

Pandemisituasjonen har gjort kommunene og helseforetakene bedre rustet for å utnytte digitale plattformer for kompetanseheving og nettverksaktiviteter, både grunnet økt tilgang på utstyr og økt forståelse og erfaring med teknologiske verktøy. ParkinsonNet har potensiale for å utnytte denne muligheten i enda større grad framover. Økt bruk av digitale verktøy kan senke terskelen for kommunenes deltakelse og bidra til at nettverkene lykkes. Utvikling av e-læringsprogrammer er en viktig del av en digital satsing.

Digitalt verktøy for påmelding og besvarelse av standardisert spørreskjema for fagpersoner i nettverket, er tatt i bruk (corporate surveyor).

Når det gjelder håndtering av informasjon til pasienter og pårørende på helsenorge.no, vises det til kapittel 6.3 som beskriver hvordan informasjon om ParkinsonNet på ulike nettsider foreslås ivaretatt.

7.2 Fagpersonregister

I piloten ble det etablert et fagpersonregister etter modell fra Nederland. Registeret vurderes som vesentlig i ParkinsonNet-modellen for å knytte fagpersonene sammen, og i tillegg gi informasjon til pasienter og pårørende.

Fagpersonregisteret ligger i dag på Parkinsonforbundets nettsider og består av en liste med fagpersoner og tilhørende informasjon (bilde, yrke, kontaktinformasjon, kompetanse, arbeidsgiver og fylke): parkinson.no/behandling-og-rehabilitering/fagpersoner-i-helsetjenesten/fagpersonregister.

Driften av registeret i den midlertidige løsningen fra piloten ivaretas per i dag av Parkinsonforbundet. Drift i denne løsningen må ivaretas fram til en mer varig løsning/plattform er på plass, trolig av den nasjonale koordineringsfunksjonen. InnoMed har vurdert ulike muligheter for å få fagpersonregisteret over på ny og mer hensiktsmessig plattform.

Prosjektet foreslår følgende:

Behovet for å utvikle en løsning for fagpersonregisteret meldes inn i styringslinjen for styringsinformasjon i Helse Vest. Det anbefales at registeret etableres som en egen nettside, og at det lenkes til registeret fra ulike nettsider som omtaler ParkinsonNet (kap. 6.3). Det foreslås å legge opp til at nettsiden kan fungere som en app (web app). I ny løsning bør det være mulig å få til en kopling mellom adresseregisteret og en kartløsning.

Forventet leveringstid er i løpet av 1. halvår 2021. Ansvaret for vedlikehold og drift av registeret kan legges til den nasjonale koordineringsfunksjonen. Estimerte kostnader framgår i kapittel 8.

7.3 E-læring

E-læringskurs for ulike faggrupper fra både helseforetak, kommuner og private er en vesentlig del av kompetansespredningen i ParkinsonNet. Bruk av e-læring gjør ParkinsonNet tilgjengelig, kostnadseffektiv og brukervennlig for deltakerne, og kan øke nytten for bl.a. kommunene.

Gjennom medlemskap i ParkinsonNet International har pilotene hatt tilgang til e-læringsmateriell på engelsk utviklet i Nederland. Det er knyttet kostnader til bruken, både for medlemskapet og en avgift den enkelte deltaker må betale for å få tilgang.

Det anbefales at e-læringsmaterialet tilpasses den norske modellen for ParkinsonNet, og oversettes til norsk språk. Det gjelder generelt kurs om Parkinson sykdom og spesifikke kurs for hver av faggruppene fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleier. Dette vil understøtte både faglig utvikling av modellen og behovet i kommunene.

Utvikling av e-læringskurs kan gjøres ved hjelp av regional kompetanse på digital læring (i Helse Vest: Team for digital læring). Det faglige innholdet kan videreutvikles og tilpasses norske forhold av fagpersoner knyttet til ParkinsonNet, koordinert av nasjonal koordineringsfunksjon.

Kursene kan gjøres tilgjengelig for ansatte i spesialisthelsetjenesten, i kommuner og private gjennom læringsportaler i hver helseregion:

- Helse Sør-Øst: Kompetansebroen som brukes av sykehus og kommuner (www.kompetansebroen.no)
- Helse Vest: Læringsportalen der kurs kan gjøres tilgjengelig for alle, og gjennomføring av kurs kan dokumenteres for alle (www.laeringsportalen.no)
- Helse Midt-Norge: Læringsportalen med tilgang til å ta kurs for ulike brukergrupper, som primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten (andre helseregioner), pasienter, pårørende, studenter, vikarer, nyansatte og andre (kurs.helse-midt.no/Sider/start.aspx)
- Helse Nord: kurs publiseres i læringsportalen Campus og kursgjennomføring dokumenteres i Kompetansemodulen (Dossier)

Andre alternative plattformer for deling av e-læringskurs er:

- KS Læring som brukes av mange kommuner for deling på tvers av organisasjoner (www.kslaring.no)
- Helsebiblioteket som drives av FHI og gir helsepersonell i Norge gratis tilgang til nyttige kunnskapsressurser på nett (Helsebiblioteket.no)

Det foreslås å sette av ressurser til dette utviklingsarbeidet i 2022-2023 (se kostnadsestimat i kapittel 8). Nasjonal koordineringsfunksjon initierer og koordinerer utviklingsarbeidet og har ansvar for ev. vedlikehold.

Fram til norsk e-læring er på plass, er det behov for at medlemskapet i ParkinsonNet International videreføres. Deretter kan det vurderes om medlemskapet kan avvikles. Det foreslås at vurderingen gjøres av styringsgruppen for den nasjonale koordineringsfunksjonen.

8. KOSTNADSESTIMATER OG DELINGSMODELL

Forslagene i prosjektrapporten er overordnede prinsipper og utgjør en ramme for lokale tilpasninger i implementeringen i helseregionene. Dette gjenspeiles i kostnadsestimatene og forslag til delingsmodell. Kostnadsestimater vil gjennomgås årlig av styringsgruppen for den nasjonale koordineringsfunksjonen.

8.1 Estimerte årlige kostnader i implementeringsfasen

For en 3-4 års implementeringsperiode er det estimert følgende årlige kostnader:

Fagveileder-ressurser, jf. kapittel 3.3

- Det er foreslått at fagveileder-ressurser brukes fleksibelt mellom regionene, og at det vil være behov for om lag 0,2 årsverk fagveileder per faggruppe for å etablerer et ParkinsonNet-område (kap. 3.3). Det samlede behovet for fagveileder-ressurser vil dermed avhenge av hvor mange nettverksområder som etableres per år. Framdrifts-planen for nasjonal iverksetting foreslår 4-5 nye nettverksetableringer i året, færrest det første året (kap. 6.4).
- Det tilsvarer et antatt samlet behov for om lag 0,8 – 1,0 årsverk fagveileder per faggruppe i implementeringsfasen 2021-2024.
- Estimert årlig kostnad: kr 3,0 – 3,8 mill.

Nasjonal koordineringsfunksjon, jf. kapittel 4:

- Leder 0,6 årsverk
- Administrativ støttefunksjon 1,5 årsverk
- Estimert årlig kostnad: kr 2,2 mill.

Brukermedvirkning ved den nasjonale koordineringsfunksjonen, jf. kapittel 5:

- Estimert årlig kostnad: kr 100 000

Felles verktøy og utviklingsoppgaver, jf. kapittel 7:

- For utvikling av norske e-læringskurs i regionalt opplegg for e-læring (kap. 7.3), anslås et behov for kr 200 000 i 2022 og 2023. Når dette er på plass kan medlemskapet i ParkinsonNet International vurderes avviklet. Vedlikehold av norske e-læringskurs antas at kan ivaretas innenfor den økonomiske rammen for nasjonal koordineringsfunksjon.
- For overgang til ny plattform for fagpersonregisteret i 2021 (kap. 7.2) foreslås det å sette av kr 200 000. Deretter kr 100 000 årlig til vedlikehold og drift. For drift i eksisterende løsning fram til registeret er over på ny plattform settes det av kr 100 000 i 2021. Se tabell 4.

Tabell 4 Estimerte kostnader felles verktøy og utviklingsoppgaver				
	2021	**2022**	**2023**	**2024**
Medlemskap ParkinsonNet International	150 000	150 000	150 000	0
Utvikling norsk e-læring	0	200 000	200 000	0
Fagpersonregisteret - midlertidig drift i eksisterende løsning	100 000	0	0	0
Fagpersonregisteret - overgang til ny plattform i 2021, deretter vedlikehold	200 000	100 000	100 000	100 000
Sum	**450 000**	**450 000**	**450 000**	**100 000**

Regionale kostnader, jf. kapittel 3:

- I tillegg vil det være kostnader i hver helseregion knyttet til regional og ev. lokale koordinatorer, fagveiledere med regionale/lokale oppgaver, grunnkurs, ev. andre fagsamlinger og brukermedvirkning. Dette ressursbehovet vurderes i hver helseregion basert på lokale forhold.

8.2 Forslag til delingsmodell

I vurderingen av hvordan felles kostnader til ParkinsonNet kan deles mellom helseregionene, har prosjektet sett på tre ulike delingsmodeller, som er i bruk. Det er:

- Nasjonal inntektsmodell:
  HSØ: 53,83 prosent, HV: 18,98 prosent, HMN: 14,36 prosent, HN: 12,84 prosent
- Firedeling
- Fordeling 40 - 20 - 20 - 20 prosent

Det foreslås å bruke en kombinasjon av inntektsmodellen og firedeling.

Nasjonal inntektsmodell er i samsvar med fordeling mellom regionene av tildelte midler over statsbudsjettet og gjenspeiler regionenes befolkningsgrunnlag. Det foreslås derfor at inntektsmodellen legges til grunn for deling av kostnader knyttet til nasjonal koordineringsfunksjon, brukermedvirkning ved nasjonal koordineringsfunksjon og felles verktøy/utviklingsoppgaver.

Tabell 5 Estimert årlig kostnad i implementeringsperioden og forslag til fordelingsmodell					
	2021	**2022**	**2023**	**2024**	**Forslag til delingsmodell**
Nasjonal koordineringsfunksjon	2 200 000	2 200 000	2 200 000	2 200 000	Fordeles etter nasjonal inntektsmodell
Brukermedvirkning på systemnivå	100 000	100 000	100 000	100 000	Fordeles etter nasjonal inntektsmodell
Felles verktøy og utviklingsoppgaver	450 000	450 000	450 000	100 000	Fordeles etter nasjonal inntektsmodell
Fagveiledere	3 000 000	3 800 000	3 800 000	3 800 000	Firedeling
Sum	**5 750 000**	**6 550 000**	**6 550 000**	**6 200 000**	

Det foreslås at kostnad til fagveiledere som skal brukes fleksibelt mellom regionene, deles likt mellom regionene. Dette baseres på at alle regioner trolig vil ha behov for å bruke like mye av fagveilederressursene i implementeringsfasen. Ved oppstart i 2021 vil fagveiledere være ansatt i Helse Sør-Øst og i Helse Vest. Endelig størrelse på fakturaen mellom regionene må avklares i det interregionale nettverkssamarbeidet, basert på faktisk tempo i utrullingen.

Tabell 6 Forslag til delingsmodell fagveiledere, estimert kostnad 2021					
Firedeling	**Helse Sør-Øst**	**Helse Vest**	**Helse Midt**	**Helse Nord**	**Sum**
Antatt bruk av fagveiledere med nasjonale oppgaver 2021	750 000	750 000	750 000	750 000	3 000 000

Basert på estimerte kostnader og forslag til delingsmodell, ser samlet kostnadsbilde for de fire implementeringsårene slik ut:

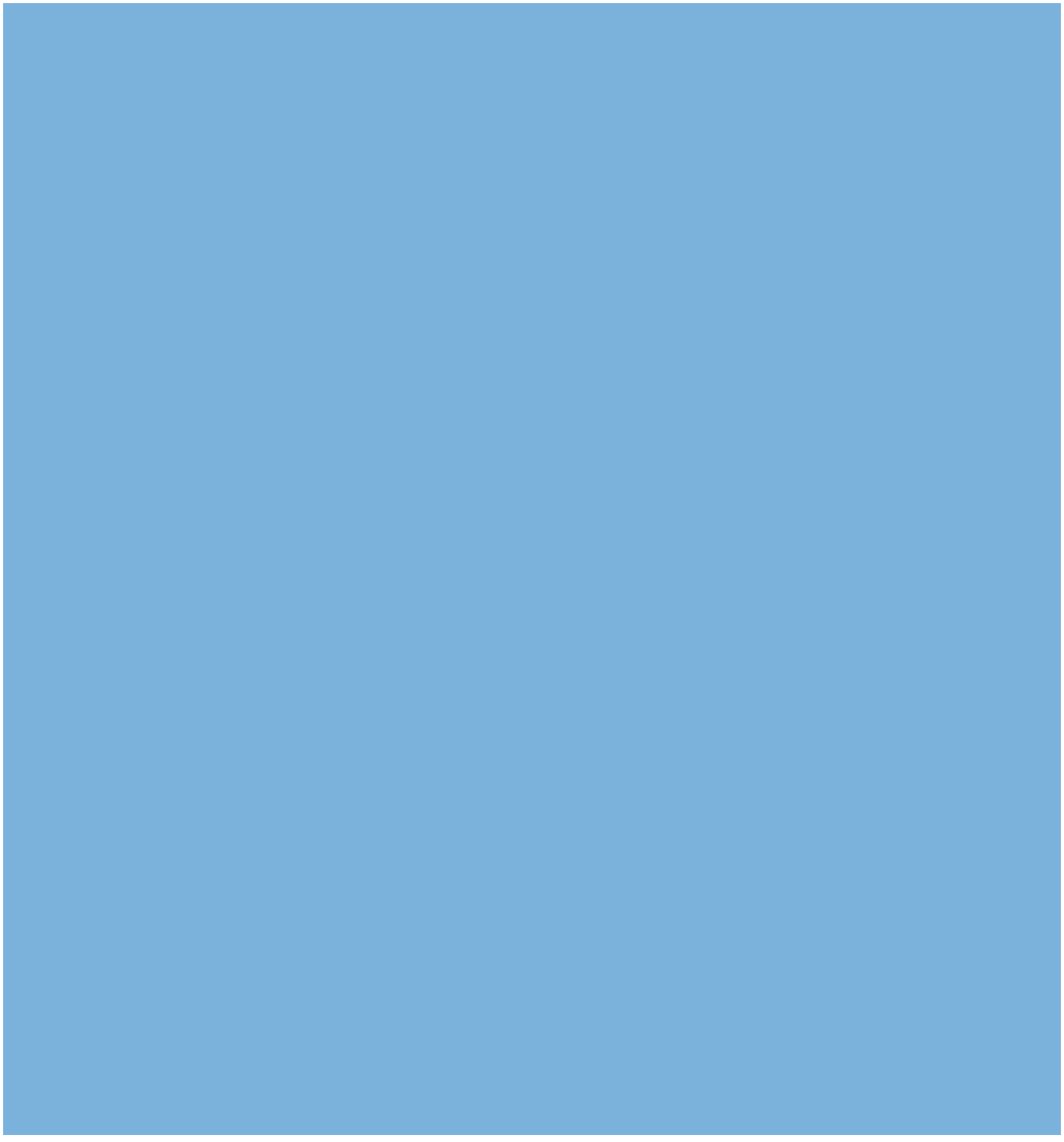
Tabell 7 Estimert samlet del av felleskostnader og bruk av fagveiledere 2021-2024				
	2021	**2022**	**2023**	**2024**
Helse Sør-Øst	2 235 000	2 435 000	2 435 000	2 240 000
Helse Vest	1 270 000	1 470 000	1 470 000	1 400 000
Helse Midt	1 145 000	1 345 000	1 345 000	1 300 000
Helse Nord	1 100 000	1 300 000	1 300 000	1 260 000
Sum	**5 750 000**	**6 550 000**	**6 550 000**	**6 200 000**

VEDLEGG

Vedlegg 1	Prosjektdirektiv
Vedlegg 2	Ansvarsområde til Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser
Vedlegg 3	Involvering av kommuner i etablering og drift av ParkinsonNet
Vedlegg 4	Interessentanalyse og kommunikasjonsplan – utgangspunkt for implementeringsarbeidet

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no



Møtedato: 12. mars 2021

Arkivnr.:	Saksbeh/tlf:	Sted/Dato:
	Kari Bøckmann, 91196023	Bodø, 2. mars 2021

RBU-sak 23-2021 Læring og mestring i helse- og omsorgstjenestene, orientering og drøfting

Formål

Formål med behandlingen i Regionalt brukerutvalg er å:

1. orientere om arbeidet med revisjon av læring- og mestringstjenestene i Norge og presentere rapporten «Læring og mestring i helse- og omsorgstjenestene. Utfordringer og forbedringsområder for tilbud i helseforetak og kommuner og samhandlingen mellom tjenestenivåene».
2. drøfte innhold og aktuelle tiltak, sett fra brukerperspektivet

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Pasient- og pårørendeopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte hovedoppgaver. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 framkom det at regjeringen mener tiden er inne for å vurdere om læring- og mestringstjenestene kan tilbys på måter som ivaretar brukernes behov bedre og som gir en mer hensiktsmessig oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, s.18). Følgende tilleggsoppdrag ble gitt til oppdragsdokumentet 2019:

«De regionale helseforetakene skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende oppdrag vil bli gitt til Helsedirektoratet som skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang av oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De to forprosjektene skal koordineres og ansvaret for koordineringen legges til Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet skal gjennomføres, og legges fram for Helse- og omsorgsdepartementet, innen medio mai 2020.»

I etterkant av at oppdraget ble gitt ba HOD om at det også skulle kartlegges og evalueres hvordan læring- og mestringstilbud kan gjøres mer tilgjengelige for samiske pasienter og hvordan tilbudene samlet sett kan bidra til å heve helsekompetansen i befolkningen for øvrig.

<u>Prosess</u>

En arbeidsgruppe med representanter fra de regionale helseforetakene og to brukerrepresentanter ble satt ned. Interregionalt fagdirektørmøte supplert av to brukerrepresentanter var forprosjektets styringsgruppe. Det ble tidlig etablert samarbeid med Helsedirektoratet for samordning av arbeidet.

Det er gjennomført et omfattende utredningsarbeid med bred involvering. Deloitte fikk i oppdrag å gjennomføre en spørreundersøkelse i landets helseforetak og private ideelle sykehusene med opptaksområder (målgruppe: fagsjefer, klinikkledere, LMS-ledere, brukerutvalg og ungdomsråd). Det har vært gjennomført besøk i alle tre samiske språkområder, forprosjektet har vært behandlet to ganger i alle landets regionale brukerutvalg og en ressursgruppe bestående av læring- og mestringstjenestene i HF-ene og nasjonale og regionale kompetansemiljøer har vært involvert. Fagråd for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord har bidratt med innspill gjennom hele prosessen.

Saken har vært til orientering og drøfting i RBU (Sak 11/2020 og 68/2020).

Vedtak i RBU-sak 68/2020

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om revisjon av lærings- og mestringstjenestene til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til prosjektet. Videre arbeid bør:
   a. Sørge for dekning av utgifter for pasienter
   b. Utrede mulige økonomiske intensiver for helseforetakene
3. Regionalt brukerutvalg inviteres til å sende videre innspill til prosjektet, til saksbehandler i løpet av torsdag 22. oktober 2020.

De regionale helseforetakene og Helsedirektoratet utarbeidet en felles rapport med hovedfunn og anbefalinger som be oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2021.

Hovedfunn (rapportens sammendrag, s. 4)

- Det mangler en felles forståelse av hva som ligger i begrepet læring og mestring, og hvilke tiltak som inngår i læring og mestring.
- Rapporten påviser store variasjoner i tilgjengelighet, organisering, og innhold av tilbud både i helseforetak og kommuner. Det varier hvem som får tilbud, og det er risiko for at de minst ressurssterke gruppene ikke fanges opp i spesialisthelsetjenesten.
- Læring og mestring synes ikke tilstrekkelig integrert i arbeidet med pasientforløp, kravene til dokumentasjon er svak og arbeidet har svak lederforankring. Det kan tyde på at oppgavene innen læring og mestring ikke prioriteres på samme måte som andre lovpålagte oppgaver.
- Samhandling ser ut til å være et underprioritert område med store lokale variasjoner. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner om læring og mestring oppfyller ikke Helsedirektoratets anbefalinger om konkretisering, brukermedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold.

- Før Covid-19-pandemien var ny teknologi lite benyttet i lærings- og mestringsvirksomheten. Mange har digitalisert mer av arbeidet i 2020. Dette har gitt mer fleksibilitet og alternative måter å følge opp arbeidet på.
- Det mangler læring- og mestringstilbud tilrettelagt for den samiske befolkningen.:

Rapporten presenterer 18 anbefalinger for forbedring av tjenestene (s. 10-12)

Vurdering:
På bakgrunn av kartleggingen og evalueringen kan det konkluderes med at pasienter og pårørende i Norge ikke har et likeverdig tilbud om opplæring. Mange av anbefalingene i rapporten må løses nasjonalt. Andre utfordringer vil det være mulig å adressere regionalt og lokalt allerede nå. Aktuelle tiltak kan være å videreutvikle og understøtte regionalt samarbeid i fagråd og fagnettverk, ha en felles planprosess om læring og mestring i Helsefellesskapene, arrangere regional konferanse om læring og mestring, videreutvikle digitale tjenester innen læring og mestring samt bistå Sámi klinihkka i utvikling av læring- og mestringstilbud til den samiske befolkningen.

Rapporten danner et kunnskapsgrunnlag for videre arbeid med læring og mestring i Helse Nord.

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

1. Regionalt brukerutvalg tar rapporten «Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene. Utfordringer og forbedringsområder for tilbud i helseforetak og kommuner og samhandlingen mellom tjenestenivåene» til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til tiltak:
    a. ..
    b. ..

Bodø, den 2. mars 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg:
Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene. Utfordringer og forbedringsområder for tilbud i helseforetak og kommuner og samhandlingen mellom tjenestenivåene. Forprosjekt

Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene

Utfordringer og forbedringsområder for
tilbud i helseforetak og kommuner
og samhandlingen mellom tjenestenivåene

Forprosjekt

Januar 2021

HELSE MIDT-NORGE HELSE NORD HELSE SØR-ØST HELSE VEST

Helsedirektoratet

Innhold

Innhold....2
Sammendrag....4
Begreper i rapporten....5
1.0 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet....6
1.1 Konkretisering av oppdraget....6
2.0 Bakgrunn for læring og mestring....8
2.1 Lovgrunnlag....8
2.2 Status....9
3.0 Felles anbefalinger for videre arbeid....10
4.0 Prosjektorganisering....13
4.1 Forprosjektet til de regionale helseforetakene....13
4.1.1 Mandat....13
4.1.2 Organisering og brukermedvirkning....14
4.2 Forprosjektet til Helsedirektoratet....14
4.2.1 Mandat....14
4.2.2 Organisering og brukermedvirkning....14
4.3 Kunnskapsgrunnlaget for felles rapport....15
4.3.1 Spesialisthelsetjenesten....15
4.3.2 Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen....15
4.3.3. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten....15
4.3.4 Samhandling mellom helseforetak og kommuner....16
4.3.5 Koordinering og gjennomføring av forprosjektene....16
4.4 Avgrensing og vurdering av kunnskapsgrunnlaget....17
5.0 Hovedfunn - utfordringer og forbedringsområder....18
5.1 Begrepet læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten....18
5.2 Brukermedvirkning....19
5.3 Variasjon i lærings- og mestringstilbudet i spesialisthelsetjenesten....20
5.3.1 Sykdomsgrupper....20
5.3.2 Pasientgrupper....21
5.3.3 Pårørende....21
5.3.4 Tilbud i spesialisthelsetjenesten til personer med innvandrerbakgrunn....22
5.3.5 Læring og mestring i pasientforløp....23
5.3.6 Vurdering av variasjon....23

5.4 Organisering, strategisk styring og ledelse i spesialisthelsetjenesten 24
5.4.1. Organisering av læring- og mestringstjenester 24
5.4.2. Dokumentasjon, registreringspraksis og finansiering 25
5.5 Lærings- og mestringstilbud i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 26
5.5.1 Status – utbredelse, stillingsressurser og antall brukere 27
5.5.2 Innhold og kvalitet 27
5.5.3 Tilbudet i kommuner som ikke har frisklivssentral 29
5.5.4 Tilbud tilrettelagt for personer med innvandrerbakgrunn 30
5.5.5 Dokumentasjon og rapportering 30
5.6 Samhandling mellom helseforetak og kommuner 31
5.6.1 Kunnskapsgrunnlag 31
5.6.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner 32
5.6.3 Helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester 32
5.6.4 Oversikt og informasjon om lærings- og mestringstilbud 33
5.7 Ny teknologi og nye arbeidsmåter 34
5.8 Helsepersonells kompetanse 35
5.8.1. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet 35
5.8.2. Kommunikasjon og helsepedagogikk 35
5.8.3. Samhandling og kompetanseutveksling 36
5.9 Lærings- og mestringstilbud tilpasset den samiske befolkningen 37
6.0 Lærings- og mestringsvirksomhetens bidrag til økt helsekompetanse 39
6.1 Befolkningsrettet helseinformasjon 39
6.2 Brukermedvirkning og likepersonarbeid 40
6.3 Opplæring i kommunikasjon og helsepedagogikk 40
7.0 Oppsummering og veien videre 42
Referanseliste 43

Sammendrag

I 2019 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) de regionale helseforetakene (RHF-ene) og Helsedirektoratet i oppdrag om å gjennomføre to forprosjekter for henholdsvis gjennomgang av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjeneste og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og samhandlingen mellom tjenestenivåene. Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen skulle inngå i begge forprosjektene. Forprosjektene skulle koordineres av Helse Sør-Øst RHF.

Det er et mål i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) at kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen. De to forprosjektene har derfor valgt å utarbeide en felles rapport med sammenstilte anbefalinger som kan danne grunnlaget for videre arbeid.

Forprosjektene har avdekket utfordringer og forbedringsområder for lærings- og mestringsvirksomheten (1).

- Det mangler en felles forståelse av hva som ligger i begrepet læring og mestring, og hvilke tiltak som inngår i læring og mestring.
- Rapporten påviser store variasjoner i tilgjengelighet, organisering, og innhold av tilbud både i helseforetak og kommuner. Det varier hvem som får tilbud, og det er risiko for at de minst ressurssterke gruppene ikke fanges opp i spesialisthelsetjenesten.
- Læring og mestring synes ikke tilstrekkelig integrert i arbeidet med pasientforløp, kravene til dokumentasjon er svak og arbeidet har svak lederforankring. Det kan tyde på at oppgavene innen læring og mestring ikke prioriteres på samme måte som andre lovpålagte oppgaver.
- Samhandling ser ut til å være et underprioritert område med store lokale variasjoner. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner om læring og mestring oppfyller ikke Helsedirektoratets anbefalinger om konkretisering, brukermedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold.
- Før Covid-19-pandemien var ny teknologi lite benyttet i lærings- og mestringsvirksomheten. Mange har digitalisert mer av arbeidet i 2020. Dette har gitt mer fleksibilitet og alternative måter å følge opp arbeidet på. Det er mangler i lærings- og mestringstilbud tilrettelagt for den samiske befolkningen.

Brukermedvirkning inngår i alt lærings- og mestringsarbeid og er derfor integrert i flere anbefalinger:

- Det utvikles nasjonale føringer for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten som kan tydeliggjøre bl.a. begrep, målgruppe, kompetanse, organisering, oppgavedeling og samhandling, samt nye arbeidsmåter. Det anbefales at læring og mestring inngår i alle relevante pakkeforløp, veiledere og retningslinjer.
- Datagrunnlaget om læring og mestring kan styrkes gjennom hensiktsmessig verktøy for dokumentasjon, oppfølging av virksomheten og ved å inkludere aktivitetsdata om læring og mestring i nasjonale registre.
- Nasjonal veileder for de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner kan tydeliggjøre krav til likeverdighet mellom partene i prosessen for avtaleinngåelse.

- Samhandling om lærings- og mestringstilbud bør være et prioritert område i helsefelleskapene.
- Helseforetak og kommuner må samarbeide om utvikling av lærings- og mestringstilbud tilpasset hvert av de samiske språkområdene, og det bør sees nærmere på hvordan lærings- og mestringstilbud bør tilpasses til personer med innvandrerbakgrunn.

Det videre arbeidet må vurdere hovedretninger for hvilken oppgavedeling, ansvarsplassering og organisering av lærings- og mestringsvirksomheten som er mest hensiktsmessig formåloppnåelse.

Begreper i rapporten

- I denne rapporten brukes forkortelsen LMT/PPO om lærings- og mestringstjenestene/pasient og pårørendeopplæring i spesialisthelsetjenesten. Lærings- og mestringstilbud i kommuner og helseforetak forkortes LM-tilbud.
- Kommunale lærings- og mestringstilbud omfatter tilbudet i frisklivssentraler, og derfor benyttes også begrepene kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.
- I rapporten brukes både begrepene pasient og bruker.
- Se kapittel 5.1 for en nærmere beskrivelse av begrepet læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten.

1.0 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 har som mål å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Planen påpeker behovet for å vurdere om læring- og mestring kan tilbys på måter som gjenspeiler endringene i helse- og omsorgstjenestene og gir en mer hensiktsmessig oppgavefordeling og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (2). I tilleggsdokumentet til Oppdragsdokumentet 2019 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) de regionale helseforetakene (RHF-ene) og Helsedirektoratet følgende oppdrag (3):

> «De regionale helseforetakene skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende oppdrag vil bli gitt til Helsedirektoratet som skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang av oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De to forprosjektene skal koordineres og ansvaret for koordineringen legges til Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet skal gjennomføres, og legges fram for Helse- og omsorgsdepartementet, innen medio mai 2020».

Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen skal inngå i begge forprosjektene og det skal være brukerrepresentanter i forprosjektenes arbeidsgrupper (4).

Helsedirektoratet ble også bedt om at vurderinger og forslag til tiltak skulle innbefatte økonomisk-administrativ vurdering (4).

1.1 Konkretisering av oppdraget

Oppdraget er et av flere oppdrag som skal bidra til å oppfylle sentrale mål i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (2) og omfatter tilbud i helseforetak og kommuner, samhandlingen mellom tjenestenivåene samt eksisterende føringer og praksis. I Nasjonal helse- og sykehusplan går det fram at ved revisjon av lærings- og mestringstjenestene skal det også gjøres en vurdering av hvordan de kan bidra til å øke helsekompetansen i befolkningen for øvrig (2).

Det skal gjennomføres to koordinerte forprosjekt;

- De regionale helseforetakene (RHF-ene) skal gjennomføre et forprosjekt som skal gi oppdatert status, synliggjøre utfordringsbildet og peke på forbedringsområder for lærings- og mestringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten.

- Helsedirektoratet skal kartlegge oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og peke på forbedringsområder. I tillegg skal Helsedirektoratets forprosjekt undersøke om kommunene oppfyller sitt sørge for-ansvar (4).

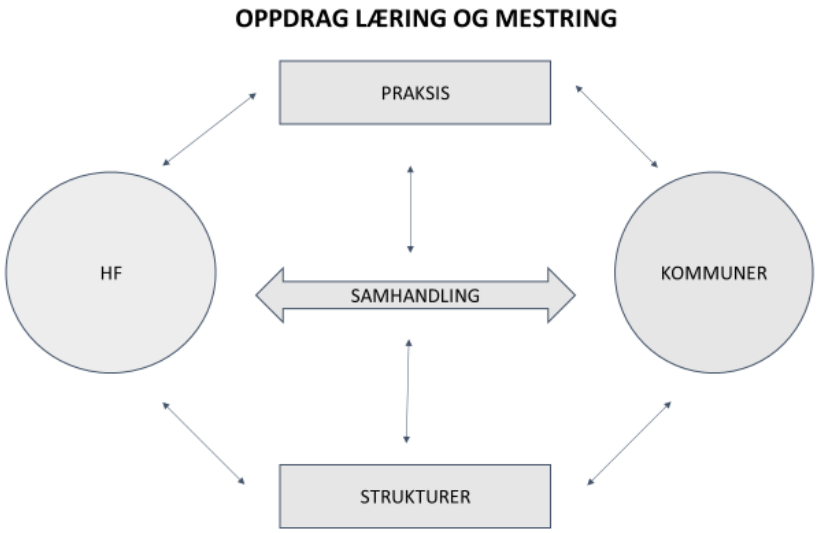
- Siden dette er et forprosjekt som peker på forbedringsområder for videre arbeid, er det ikke gjort inngående administrative og økonomiske vurderinger. Anbefalingene fra forprosjektet vil i stor grad kunne gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske-administrative rammer. En del av anbefalingene er allerede gitt som oppdrag til Helsedirektoratet og blir utredet eller skal utredes. Noen anbefalinger vil det kunne være

behov for økte økonomiske rammer. Dette må eventuelt utredes nærmere i et hovedprosjekt.

Oppdraget omfattet tilbud i både helseforetak og kommuner og samhandling mellom tjenestenivåene. Læring og mestring skal inngå i alle tjenester og forløp og inkluderer alle brukere, pasienter og pårørende som har behov for slike helsetilbud. Det er derfor hensiktsmessig å se lærings- og mestringsvirksomheten i et helhetlig perspektiv.

Det er et mål i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 at kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen. De to forprosjektene har derfor valgt å utarbeide en felles rapport med sammenstilte anbefalinger som grunnlag for videre arbeid i et eventuelt hovedprosjekt.

Grunnet Covid-19 ble arbeidet forsinket og frist for leveranse utsatt. Etter avtale med departementet, ble frist for leveranse utsatt og oppdragsrapport oversendes Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av januar 2021.



Figur 1: Oppdraget gjelder all lærings- og mestringsvirksomhet i helsetjenesten og omfatter tilbud i helseforetak og kommuner, samhandlingen mellom tjenestenivåene samt eksisterende føringer for strukturer og praksis. Aktiviteten på hvert av områdene henger sammen og påvirker hverandre. Forprosjektene har derfor vurdert lærings- og mestringsvirksomheten i et helhetlig perspektiv og kartlagt status, utfordringer og forbedringsområder for alle elementene i figuren.

2.0 Bakgrunn for læring og mestring

Læring og mestring skal være en integrert del av alle helse- og omsorgstjenester, og inngå i helhetlige forløp for brukere, pasienter og deres pårørende. Det overordnede målet er å fremme helse og livskvalitet.

2.1 Lovgrunnlag

Lovgrunnlaget for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten slår fast at helseforetak og kommuner skal sikre tilbud som bidrar til læring og mestring. Opplæring av pasienter og pårørende er en lovpålagt oppgave for helseforetakene gjennom spesialisthelsetjenesteloven (5) § 3-8, pkt. 4, og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (6) § 13, pkt. c. Organisering, innhold og form på lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten varierer (2). Det kan være som egne lærings- og mestringssenter eller som integrerte tilbud i klinikkene.

Samarbeid knyttet til læring og mestring i helhetlige forløp skal beskrives i lovpålagte samarbeidsavtalene jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (7) § 6-2, pkt. 2.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse og omsorgstjenester fra kommunen, jf. helse og omsorgstjenesteloven §3.5. Kommunene er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (7) pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjenester til befolkningen[1]. De har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose (8). Kommunene organiserer lærings- og mestringstilbud på ulike måter. Det kan være i frisklivssentraler (9), egne enheter for læring og mestring, felles frisklivs- og mestringstilbud eller i regi av ulike helsetjenester. Lærings- og mestringsvirksomhet, herunder tilbud i frisklivssentraler, er sentralt innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (8).

Pasienter og pårørende har rett til tilpasset informasjon jf. pasient- og brukerrettighetsloven (10) §3 og tilsvarende har helsepersonell plikt til å gi informasjon tilpasset pasienter og pårørendes rettigheter jf. helsepersonelloven (11) §10. Helsepersonell har videre plikt til å ivareta barns behov for informasjon og oppfølging ved sykdom, rusmiddelavhengighet, skade eller død i familien jf. helsepersonelloven (11) §10a og b.

Brukerne har rett til å medvirke ved utforming, gjennomføring og evaluering av tilbud jf. pasient og brukerrettighetsloven (10) § 3-1 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (6) § 4. helse- og omsorgstjenesteloven (7) § 3.10 setter krav til kommunene om pasienters og brukeres innflytelse på utforming av helse- og omsorgstjenesten og til å sørge for tilbud basert på pasientenes behov (§ 42a). Staten har videre ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer. Staten har også ansvar for å føre tilsyn og kontroll (12).

[1] Opplæring er spesifikt nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven (7) § 3-2.

2.2 Status

I 2020 var det totalt 26 Lærings- og mestringssentre (LMS) med stedlig ledelse i 20 helseforetak og private ideelle aktører med refusjonsavtale (1). Tidligere kartlegginger (13) viser at det er stor variasjon mellom helseforetakene, bl. a. med hensyn til hvilke tilbud som gis, hvilke ressurser som tilføres, hvilke pasientgrupper som får tilbud, hvordan tjenestene er integrert i strategiske planer og pasientforløp, hvordan tjenestene er organisert og oppgavene fordelt mellom sentrene og klinikkene. Mulighetene for å dokumentere lærings- og mestringsaktivitet oppleves som utilstrekkelig. Erfaring tyder også på at det er manglende kunnskap om oppgavedeling og samhandling mellom tjenestenivåene om lærings- og mestringstilbud (14).

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK-LMH) har publisert en oversikt over kommuner som driver lærings- og mestringsvirksomhet[2]. Den omfatter 79 kommuner og er basert på en kartlegging av definerte organisatoriske enheter for læring- og mestring fra 2015/2016 (15).

Kommunene rapporterer årlig om personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom Kommune-stat-rapportering (KOSTRA), herunder om kommunen har etablert frisklivssentral. For å følge utviklingen i tjenesten er det i 2013, 2016 og 2019 rapportert om tilbud, kompetanse, ressurser og organisering av kommunale frisklivssentraler. Her fremkommer alle lærings- og mestringstilbud som er organisert inn i eller tilbys i regi av frisklivssentralene. Lærings- og mestringstilbud forankret i andre kommunale helse- og omsorgstjenester fremkommer ikke i KOSTRA. 274 kommuner og bydeler hadde etablert frisklivssentral i 2018 (16). Kunnskap om tilgang til og organisering av kommunale lærings- og mestringstilbud i kommuner som ikke har etablert frisklivssentraler, er mangelfull. System for dokumentasjon av aktivitet oppleves utilstrekkelig (17). Data for lærings- og mestringsvirksomhet, herunder arbeid med levevaner, er ikke inkludert i nasjonale registre (KPR og NPR).

[2] https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/organisering/oversikt-kommunene/ (5.1.2021)

3.0 Felles anbefalinger for videre arbeid

I dette kapittelet presenteres felles anbefalinger for videre arbeid med læring og mestring i helse- og omsorgstjenestene. Hovedfunn, identifiserte utfordringer og forbedringsområder, er beskrevet og vurdert i kapittel 5. Anbefalingene peker på mulige virkemidler og tiltak som kan bidra til å nå mål i nasjonal helse- og sykehusplan om pasienten som aktiv deltaker og helhetlige og sammenhengende tjenester. Brukermedvirkning inngår i alt lærings- og mestringsarbeid. Det er derfor ikke et eget forbredringsområde i oversikten under, men integrert i flere av anbefalingene.

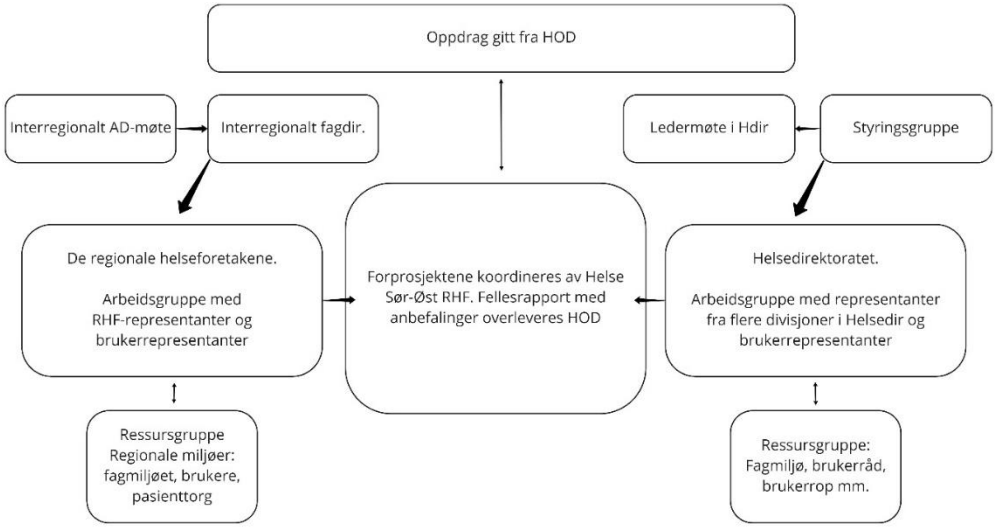
Forbedringsområder	**Anbefalinger for videre arbeid**
Sikre likeverdig tilgang på lærings- og mestringstilbud av god kvalitet	1. Utrede og anbefale hvilken organisering, ansvars- og oppgavedeling av lærings- og mestringstjenester innen og mellom tjenestenivå som er mest hensiktsmessig for måloppnåelse. 2. Videreutvikle nasjonale føringer og veiledere for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten som tydeliggjør: o ansvar, oppgavedeling og samhandling. o forankring og organisering av lærings og mestringsvirksomhet o integrering i helhetlige pasientforløp o sentrale begrep o målgruppe o tjenester og tilbud o brukermedvirkning på system-, tjeneste- og individnivå o helsepersonells kompetanse o indikatorer for kvalitet av drift og tilbud o dokumentasjon o arbeidsmåter og digitalisering o tilrettelegging av tilbud til brukere, pasienter og pårørende med annen språk- og kulturbakgrunn og/eller med kommunikasjonsutfordringer. o familieperspektivet o samarbeid med frivillige, private og andre offentlige aktører o hvordan bidra til økt helsekompetanse. 3. Vurdere juridiske og økonomiske virkemidler som tydeliggjør og fremmer lærings- og mestringsvirksomhet i kommuner og helseforetak. 4. Gi lett tilgjengelig oversikt over og informasjon om hva som finnes av lærings- og mestringstilbud.
Pasient- og pårørendeopplæring i aktuelle pasientforløp	5. Tydeliggjøre at pasient- og pårørendeopplæring må inngå i alle relevante pakkeforløp, veiledere og retningslinjer. 6. Gjennomgå tilbud om og dokumentasjon av læring og mestring til pasienter og brukere innen psykisk helse og rus.

Strategisk styring, ledelse og finansiering	7. Videreutvikle kodeverk og mål for virksomhetsstyring for læring og mestring i spesialisthelsetjenesten. Kodene anbefales knyttet til finansiering. 8. Styrke datagrunnlaget om læring og mestring gjennom hensiktsmessige verktøy for dokumentasjon, standardisert informasjon i elektroniske pasientjournalsystem og ved å inkludere aktivitetsdata om læring og mestring i NPR og KPR. 9. Vurdere virkemidler og tiltak som sikrer at helsepersonell har/får tilstrekkelig kompetanse for arbeid med læring og mestring.
Følge med på utvikling i tjenesten Evaluering og forskning	10. Følge utviklingen i tjenesten og styrke kunnskapsgrunnlaget for læring og mestring gjennom evaluering og forskning på kost-nytte og effekt av tilbud, samhandlingstiltak, organisering og brukermedvirkning. 11. Vurdere fremtidige modeller for organisering og strukturer for fagutvikling for å styrke kvaliteten på lærings- og mestringstilbud i helse- og omsorgstjenesten. 12. Innhente kunnskap om læring og mestringstilbud til personer med innvandrerbakgrunn, og foreslå tiltak.
Oppgavedeling og samhandling	13. Nasjonal veileder og maler for de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner må tydeliggjøre krav til: o likeverdighet mellom partene i prosessen for avtale inngåelse o konkretisering, brukermedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold o samhandling om oversikt over og informasjon om LM tilbud o etablering av strukturer som fremmer samhandling om LM o tilrettelegging av LM-tilbud til den samiske befolkningen. 14. Vurdere dagens finansieringsordninger slik at de i større grad fremmer kontinuitet og samhandling om læring og mestring. 15. Samhandling om lærings- og mestringstilbud bør være et prioritert område i helsefelleskapene.
Ny teknologi og nye arbeidsmåter	16. Utvikle og evaluere hensiktsmessig digitale verktøy for dokumentasjon rapportering og samhandling om læring og mestring. Se også pkt. 7. 17. Utvikle nye tilbud og arbeidsmåter i lærings- og mestringsarbeidet basert på mulighetene som ligger i ny teknologi og digitalisering.
LM tilbud til den samiske befolkningen	18. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om utvikling av om lærings- og mestringstilbud tilpasset hvert av de samiske språkområdene: a. nord-samisk språkområde (Sámi Klinihkka) b. lulesamisk språkområde (Nordlandssykehuset)

	c. sørsamisk språkområde (St. Olav) Sámi klinihkka kan gis oppdrag som nasjonalt ressurssenter i dette arbeidet.

4.0 Prosjektorganisering

Nedenfor beskrives forprosjektene med mandat, organisering og brukermedvirkning, samt gjennomføring og koordinering av arbeidet. Kapittel 4.4 omhandler avgrensinger i forprosjektet og vurdering av kunnskapsgrunnlaget. Figur 2 illustrerer hvordan forprosjektene er organisert og koordinert.



Figur 2. Organisering og koordinering av forprosjektene

4.1 Forprosjektet til de regionale helseforetakene

4.1.1 Mandat

Mandat for forprosjektet i spesialisthelsetjenesten ble vedtatt i interregionalt fagdirektørmøte 14. desember 2019 og finansiering vedtatt i interregionalt AD-møte i 16. desember 2019. De regionale helseforetakene skulle gjennomføre et forprosjekt som skal gi oppdatert status, synliggjøre utfordringsbildet og peke på forbedringsområder for lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. RHF-enes forprosjekt skulle kartlegge og evaluere følgende hovedtemaer:

- Styring og organisering.
- Nye arbeidsmåter; bruk av og planer for å utvikle og ta i bruk ny teknologi innen læring- og mestring.
- Brukermedvirkning, brukererfaringer og tilgjengelighet av læring- og mestringstilbud, blant annet med vekt på samiske pasienter.
- Uønsket variasjon i lærings- og mestringstilbudet til pasienter og pårørende innen somatikk.

4.1.2 Organisering og brukermedvirkning

Arbeidet har vært gjennomført av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle fire helseforetakene og to brukerrepresentanter, hvorav en ungdomsrepresentant. En ressursgruppe bestående av lærings- og mestringstjenestene i HF-ene, nasjonale og regionale kompetansemiljøer i læring og mestring, Helsedirektoratet og brukerrepresentanter, har vært invitert til to arbeidsseminarer. Det har vært hyppig kontakt mellom de to forprosjektene.

Brukermedvirkning har vært ivaretatt ved å ha brukerrepresentanter i arbeidsgruppe og i regionale fagråd og nettverk. Prosjektet har vært behandlet i alle regionale brukerutvalg to ganger.

4.2 Forprosjektet til Helsedirektoratet

4.2.1 Mandat

Mandatet for prosjektet til Helsedirektoratet ble vedtatt i Ledermøtet 17. desember 2019**.** Helsedirektoratet skulle kartlegge oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt status for kommunale lærings- og mestringstilbud, synliggjøre utfordringer og peke på forbedringsområder. I oppdraget inngikk også LM-tilbud til den samiske befolkningen.

Mål for forprosjektet var å:

- Kartlegge og gjennomgå eksisterende kunnskapsgrunnlag om oppgavedeling og samhandling om læring og mestring mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. .
- Kartlegge hvordan oppgavedeling og samhandling om lærings- og mestringstilbud er beskrevet i samarbeidsavtalene 2, 5, 6 og 10 mellom helseforetak og kommuner
- Undersøke hvilke erfaringer helseforetak, kommuner, brukerutvalg og brukerorganisasjoner har med oppgavedeling og samarbeid om lærings- og mestringsvirksomhet.
- På grunnlag av data fra KOSTRA-rapportering for 2019 (18), beskrive status for kommunale lærings- og mestringstilbud jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (7) §3.2 pkt. 6. og § 3.3 og § 4.2 a og 3.4 og 6.1 og 6.2.

4.2.2 Organisering og brukermedvirkning

Arbeidet har vært gjennomført av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra flere avdelinger i Helsedirektoratet og to brukerrepresentanter. Forprosjektet har hatt en ressursgruppe med representanter fra Folkehelseinstituttet (FHI), Fylkesmannen, Utviklingssentralene, ulike avdelinger i Helsedirektoratet, Norsk forening for allmennmedisin, KS, Forskningsmiljø, NK-LMH, FHI og SSB. Disse har deltatt i et arbeidsseminar der også Deloitte deltok. Det har i tillegg vært hyppig kontakt med prosjektet til RHF-ene underveis.

Brukermedvirkning har vært ivaretatt ved å ha brukerrepresentasjon i arbeidsgruppen. Prosjektet har vært behandlet tre ganger i Helsedirektoratets brukerråd og BrukerRop, under planlegging, gjennomføring og rapportering. Forprosjektet har også vært drøftet i møte med Kontaktforum – Brukere i HOD og inngår i Helsedirektoratets arbeid med oppfølging av nasjonal helse og sykehusplan.

4.3 Kunnskapsgrunnlaget for felles rapport

4.3.1 Spesialisthelsetjenesten

De fire RHF-ene engasjerte Deloitte til å gjennomføre en spørreundersøkelse i helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområder. En questback ble utarbeidet i samarbeid med referansegruppen og sendt til lærings- og mestringssentrene (LMS), brukerutvalgene, klinikkledere og fagdirektører i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen skulle synliggjøre status, utfordringsbildet og forbedringsområder. Styring og organisering, tilbud og variasjon, nye arbeidsmåter og bruk av ny teknologi ble kartlagt (1).

Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst (RK-PPO) fikk i oppdrag å vurdere sentrale områder innenfor pasient- og pårørendeopplæring; begreper og tilbud, pasientforløp, koding og arbeid med å styrke helsekompetanse til befolkningen for øvrig. Se eget notat (19).

I kunnskapsgrunnlaget inngår også gjennomgang av lokale og regionale utviklingsplaner (20-23), ulike offentlige utredninger, stortingsmeldinger og veiledere, behandling i de fire regionale brukerutvalgene samt tilbakemelding fra faglig ressursgruppe i spesialisthelsetjenesten, Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse (NK-LMH), ledernettverk for PPO i HSØ og fagnettverk og fagråd i helseregionene.

4.3.2 Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen

Helsedirektoratet og RHF-ene har sammen besøkt nord-, sør- og lulesamisk språkområder. Tema for møtene har vært utfordringer og behov for likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Helsedirektoratet har også hatt møte med senter for samisk helseforskning og gjennomført et internt seminar om samiske språk og kultur. Strateginotatet om *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen* inngår i kunnskapsgrunnlaget for forprosjektet (24).

4.3.3. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet inngikk avtale med Statistisk sentralbyrå (SSB) om å analysere resultatene fra kartlegging av kommuner i KOSTRA skjema 1: Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2019. Spørsmålsbatteriet er utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet og seksjon for metode i SSB og er med noen justeringer det samme som i 2013 og 2016.

Formålet er å styrke kunnskapsgrunnlaget om forekomst av og innholdet i lærings- og mestringstilbudet i kommunale frisklivssentraler og andre kommunale helse- omsorgstjenester, og å innhente kunnskap om hvordan kommuner som ikke har etablert frisklivssentral organiserer sine lærings- og mestringstilbud. Resultatene vil sammenlignes med tidligere kartlegginger for 2013 og 2016 og vurderes opp mot andre kjennetegn ved kommuner og bydeler og befolkningen innhentet og/eller publisert gjennom KOSTRA[3]. Hovedfunn i denne rapporten er basert på upubliserte resultater fra KOSTRA for 2019 (18). Fullstendig rapport med analyse og metodebeskrivelse publiseres av SSB innen 31.12.2020.

[3] Avtale med SSB 2020.

4.3.4 Samhandling mellom helseforetak og kommuner

Helsedirektoratet engasjerte Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK-LMH) til å gjennomgå norsk forskning og annen litteratur om samhandling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet (25;26). Gjennomgangen ble planlagt i samarbeid med Helsedirektoratet, og gjennomført av NK LMH. Se egen rapport med metodebeskrivelse (25).

NK-LMH har også gjennomgått de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner og kartlagt hvordan samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet er ivaretatt (26). Undersøkelsen ble planlagt i samarbeid med Helsedirektoratet, og gjennomført av NK LMH. Se egen rapport med metodebeskrivelse (25).

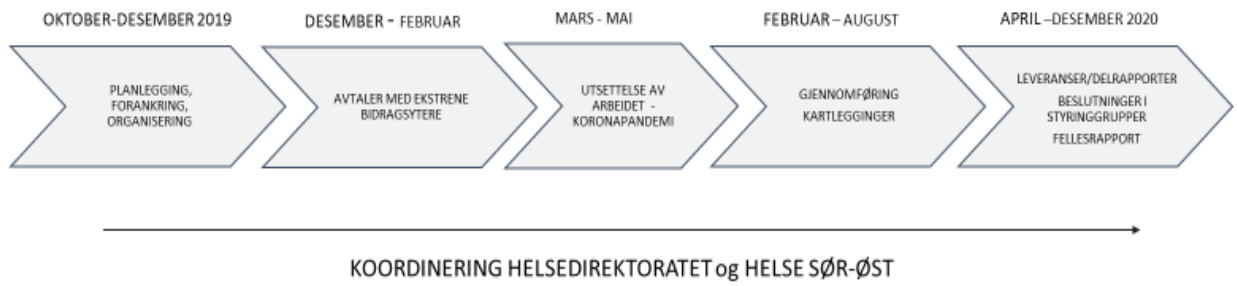
Resultatene fra begge undersøkelsene ble vurdert opp mot anbefalinger i Veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak (27) og Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator (8). Hensikten var å beskrive og vurdere i hvilken grad delavtalene 2, 5, 6 og 10 ivaretar anbefalingene i de to veilederne.

Helsedirektoratet utviklet i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, og deres leverandør Deloitte, en spørreundersøkelse til helseforetak, kommuner og brukerorganisasjoner, om hvilke erfaringer de har med samhandling. Medlemmer av Helsedirektoratets arbeidsgruppe, brukerråd og BrukerRop bidro i planlegging av undersøkelsen.

Helsedirektoratet har i tillegg gjennomgått styringsdokumenter, annen relevant litteratur og egne rapporter. Innspill fra Helsedirektoratets Brukerråd og BrukerRop, faglige referansegrupper og nettverk er også inkludert i kunnskapsgrunnlaget for anbefalingen. Forprosjektet er sett i sammenheng med pågående arbeid, herunder oppfølging av aktuelle nasjonale strategier og andre oppdrag knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan.

4.3.5 Koordinering og gjennomføring av forprosjektene

Helse Sør-Øst RHF fikk i oppdrag fra HOD å koordinere de to forprosjektene. Det har vært jevnlig dialog mellom de to forprosjektene. Forprosjektene har oppdatert hverandre gjennom regelmessige møter og deltagelse i hverandres arbeidsseminar fra oppstart til fremlegging og drøfting av resultater. Det ble tidlig utarbeidet en felles plan for hvordan delrapportene skulle brukes som kunnskapsgrunnlag i en felles rapport. Figur 3 illustrerer gjennomføring av forprosjektene i perioden 2019-2020.



Figur 3: Gjennomføring og koordinering 2019-2020.

4.4 Avgrensing og vurdering av kunnskapsgrunnlaget

Kartleggingene i forprosjektet skal bidra til å besvare mål for oppdraget og ble etter avtale med helse- og omsorgsdepartementet avgrenset til områder som beskrevet ovenfor. Avgrensningen innebærer at noen relevante områder for lærings- og mestringsvirksomheten ikke er undersøkt i forprosjektene. Det gjelder blant annet erfaringer fra brukere, pårørende og helsepersonell og begrepsbruk knyttet til lærings- og mestringsvirksomheten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og lærings- og mestringstilbud fra brukerorganisasjoner og annen frivillighet.

Svarene fra klinikklederne både i somatikk og psykisk helse/rus og fagdirektørene/fagsjefene i spesialisthelsetjenesten (1) må tolkes med varsomhet grunnet lav svarprosent.

Det var kun fire av ungdomsrådene i spesialisthelsetjenesten som besvarte og det ble derfor besluttet at disse dataene var for usikre å bruke.

Spørreundersøkelser gir begrenset informasjon om erfaringer. Undersøkelsen Helsedirektoratet utviklet i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, og deres leverandør Deloitte (28) hadde også lav oppslutning og funn må derfor tolkes med varsomhet. Resultatene kan imidlertid bidra med utfyllende informasjon.

Brukermedvirkning i planlegging av undersøkelser, flere behandlinger i de regionale brukerutvalgene og brukerråd samt brukerrepresentanter i arbeidsgruppene gjør at vi vurderer brukermedvirkningen i prosjektet som ivaretatt.

Det har vært vanskelig å innhente pålitelige tall fra Norsk pasient register (NPR). Innhentede data tyder på at kodingen av denne aktiviteten er mangelfull og data er derfor vanskelig å tolke. Tallene som framkommer, for eksempel på den mest brukte koden A0099, står ikke i forhold til data innhentet om omfang av kursaktivitet i helseforetakene. Relevante koder er identifisert. Statistikk for lærings- og mestringsvirksomhet fremkommer heller ikke i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). I et hovedprosjekt vil status for relevante koder være viktig som utgangspunkt for utforming av kodeverk og standardisert målesystem for lærings- og mestringsaktivitet.

5.0 Hovedfunn - utfordringer og forbedringsområder

I dette kapittelet beskrives hovedfunnene i undersøkelsene; hvilke utfordringer og forbedringsområder forprosjektet har identifisert for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten, samt vurderingen av disse.

Utfordringer og forbedringsområder for læring og mestring for de to tjenestenivåene er vurdert i sammenheng. Der kartlegginger fra begge forprosjektene har funn som gjelder både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten, er dette samlet i et kapittel. Det gjelder begrepet læring og mestring 5.1, Brukermedvirkning 5.2, Oversikt over og informasjon om tilbud 5.6.4, Ny teknologi og nye arbeidsmåter 5.7 Helsepersonells kompetanse 5.8 og Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen 5.9. Hovedfunn for læring og mestring i spesialisthelsetjenesten beskrives i kapittel 5.3-5.4. Hovedfunn og for læring og mestring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten beskrives i kapittel 5.5. Samhandling beskrives i kapittel 5.6.

5.1 Begrepet læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten

Et hovedfunn er at det synes som om det ikke er en felles forståelse av hva som ligger i begrepet læring og mestring. Det varierer også hva som defineres som lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Beskrivelsen i styringsdokumenter og nasjonale veiledere gir rom for tolkning (1;19).

I veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, fremgår det at læring og mestringsvirksomhet omfatter alt fra individuell opplæring til gruppetilbud og likepersonarbeid (8). Formålet med lærings- og mestringstilbud er at brukere, pasienter og pårørende skal (8):

- Få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer.
- Forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse.
- Få støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse.
- Understøtte pasient og brukers egen læringsprosess.

Opplæring, undervisning og veiledning foregår gjennom den løpende kontakten pasienter og brukere har med helsepersonell. Tilbudene finnes både i lærings- og mestringssentrene, klinikker i helseforetakene og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder tilbudet i frisklivssentraler (8).

Gjennomgang av styringsdokumenter og erfaring fra praksis viser at lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten i hovedsak forstås og gis som gruppebasert opplæring fremfor skriftlig, digital og individuell opplæring. I spesialisthelsetjenesten er helsepersonells konkrete oppgaver i individrettet pasient- og pårørendeopplæring i liten grad beskrevet og satt i system (29). I kommunene er lærings- og mestringstilbud ulikt organisatorisk forankret (se kapittel 2.1). Tilbud gis både som individuell og grupperettet oppfølging, i regi av kommunale helse- og omsorgstjenester og i samarbeid med andre offentlige, frivillige og private aktører (16).

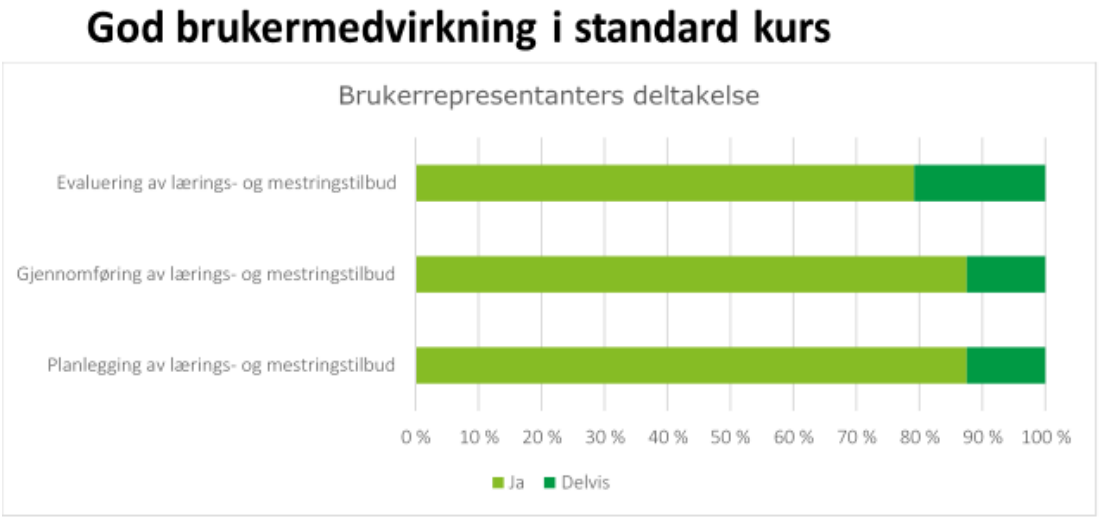
Nasjonal helse- og sykehusplan vektlegger at pasienten skal være en aktiv samarbeidspartner fremfor passiv mottaker av kunnskap (2).

Tilrettelegging for samvalg og at helsepersonell alltid skal spørre pasientene «Hva er viktig for deg?» er grunnleggende i læring og mestring. Læring og mestring kan inngå i og være viktig for brukere og pasienter i alle helse- og omsorgstjenester i alle deler av forløpet - før, under og etter annen behandling og rehabilitering (7;9). Dette fremkommer klart i formålet med læring og mestring og av anbefalingene for lærings- og mestringsvirksomheten i kommunene, men er ikke tydeliggjort på samme måte for spesialisthelsetjenesten (8).

Ulik forståelse av innhold i og bruk av begrepet læring og mestring, og hvilke oppgaver som inngår i arbeidet for kommuner og helseforetak, gjør det krevende for helsepersonell å kommunisere og informere om og samarbeide på tvers av enheter og tjenestenivå. Det kan også få konsekvenser for ansvar og oppgavedeling, utvikling, evaluering og kvalitet av tilbud (29).
I videre arbeid er det behov for en omforent forståelse av hvilke begrep som skal benyttes om læring og mestring i helseforetak og kommuner. Det er behov for å definere hva læring og mestring er, hva som skal inngå i lærings- og mestringsvirksomhet i helseforetak og kommuner.

5.2 Brukermedvirkning

Undersøkelsen i spesialisthelsetjenesten viser at tilsatte ved lærings- og mestringssentrene i helseforetakene har lang erfaring med brukermedvirkning på tjenestenivå (1). Ved 80 % av sentrene er brukere representert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbudene, gjennom «standard metode», jf. figur 4 nedenfor (1). Erfarne brukere blir rekruttert gjennom brukerorganisasjoner, men også via fagavdelinger.



Figur 6: Omfang av brukermedvirkning i standard kurs

Flere LMS-er rapporterer at de i tillegg til å involvere pasient- og brukerorganisasjoner i kursvirksomhet, inviterer brukere til interne fagdager, pårørendekurs og teammøter. Ved ett LMS har de ansatt en bruker som erfaringskonsulent som skal bidra med erfaringskompetanse til fagutvikling og pasient- og pårørendetilbud jf. stillingsinstruksen (1). Noen LMS bidrar også med opplæring av pasientverter og likepersoner.

LMS-ene rapporterer samtidig at det mangler gode systemer for hvordan det jobbes med brukermedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå i helseforetakene. Utfordringer med rekruttering og å sørge for at medvirkningen er reell, beskrives. Samarbeide mellom LMS-ene, brukerutvalg og ungdomsråd er begrenset (1).

I dokumentanalysen fra utviklingsplanene til de regionale helseforetakene poengteres det at brukermedvirkning ikke bare er rettighetsfestet, men også et sentralt element i god pasientbehandling gjennom hjelp til mestring og sikring av pasientens mulighet til innflytelse på egen behandling (1). Samvalg og tilpasset informasjon og opplæring vektlegges.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming, gjennomføring og evaluering av lærings- og mestringstilbud jf. Pasient- og brukerrettighetsloven (10) §3-1 og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (6). I veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator fremgår at medvirkning er en sentral forutsetning i den helsepedagogiske tilnærmingen der fag- og erfaringskunnskap er likestilt, og at medvirkningen både bør omfatte individnivå og samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner (8).

Det er ulike nivåer av brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten; *individnivå* med innflytelse på eget støtte- og behandlingstilbud, *tjenestenivå* med samarbeid med fagpersoner og andre for å forbedre spesifikke helsetjenester, forskning og utdanning, og *systemnivå* som er samarbeid med helse- og omsorgstjenesten for å påvirke utforming av helsetilbud generelt (30).

Helse- og omsorgstjenestenes praksis skal være kunnskapsbasert. Faglige avgjørelser bør baseres på både forsknings- og erfaringsbasert kunnskap fra praksis og på brukernes kunnskap, ønsker og behov i en gitt situasjon (31). Brukermedvirkning er derfor viktig for faglig forsvarlighet og tjenester av god kvalitet.

Tilbudet i kommunale frisklivssentraler er basert på brukerens mål og behov. Oppfølging planlegges av bruker og veileder/helsepersonell i samarbeid. Flere kommuner har ansatt erfaringskonsulenter (9;16;18). Mange frisklivssentraler har tilbud om og/eller legger til rette for likepersonsarbeid og det er utstrakt samarbeid med lokale brukerorganisasjoner om gjennomføring av tilbud (16;18). Brukermedvirkning er anbefalt indikator for dokumentasjon av drift i kommunale frisklivssentraler (9) Dokumentasjon på hvordan brukermedvirkning foregår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er imidlertid mangelfull.

Det er på grunnlag av funn i forprosjektet vanskelig å avgjøre om dagens praksis er i tråd med anbefalingene. I videre arbeid er det behov for å tydeliggjøre føringer for brukermedvirkning på system, tjeneste og individnivå, og mer kunnskap om hvordan dette praktiseres

5.3 Variasjon i lærings- og mestringstilbudet i spesialisthelsetjenesten

5.3.1 Sykdomsgrupper

Funn i for prosjektene tyder på at det er variasjoner i hvilke sykdomsgrupper som får tilbud om LMT/PPO i spesialisthelsetjenesten (1;2;13;15;25;26;32). Kartlegging i spesialisthelsetjenesten (1) viser at det er stor variasjon mellom helseforetakene, blant annet med hensyn til hvilke tilbud som gis, og hvilke sykdomsgrupper som får tilbud om læring og mestringstjenester. Enkelte diagnosegrupper får strukturert og systematisk opplæring, andre får ikke definerte lærings- og

mestrings tilbud. Hvilke tilbud som gis ser ut til å være avhengig av helsepersonells kompetanse og preferanser (1) (se også kap. 4.3.1).

Det er flest tilbud til pasienter med hjertesykdom, endokrinologiske sykdommer, lungesykdommer og fordøyelsessykdommer. Over 60 % av lærings- og mestringssentrene har tilbud til disse gruppene. Bare 8 % av sentrene har et tilbud rettet mot pasienter med rusproblemer og kun ett av fire senter har tilbud til barn og voksne med psykiske helseplager (1).

Noe av forklaringene på at det er lite omfang av gruppetilbud om læring og mestring innen psykisk helse og rus, er at læring og mestring i stor grad oppgis å være en integrert del av behandlingen som gis i klinikk. I alt 40 % av klinikklederne innen psykisk helsevern og rus rapporterer at lærings- og mestringstilbud i stor grad er innarbeidet i standardiserte behandlingsforløp. En annen forklaring kan være finansieringsordningen i psykisk helsevern og rus. Fram til 1. januar 2020 var ikke dette tiltaket ISF-finansiert i psykisk helsevern. Også kodene som benyttes for å registrere aktivitet, er mangelfulle.

Det kan se ut som lærings- og mestringstilbudet til ulike sykdomsgrupper i spesialisthelsetjenesten ikke er likeverdige, og variasjonen vurderes som uønsket.

5.3.2 Pasientgrupper

Undersøkelsen i spesialisthelsetjenesten viser at det er variasjoner i hvilke pasientgrupper som mottar strukturerte tilbud om læring og mestring på lærings- og mestringssentrene (LMS). Kun 10 % av LMS har tilbud rettet mot eldre, mens 55 % har tilbud rettet mot barn og unge (1).

Tilrettelegging av lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen og til befolkningen med innvandrerbakgrunn er også mangelfull. Les mer om dette i kapittel 5.3.4 og 5.9.

I tillegg kan geografi ha betydning for tilbudet til pasienter, brukere og pårørende. Nesten halvparten av LMS-ene gir tilbakemelding om at reiseavstand i noen grad forhindrer deltakelse i lærings- og mestringstilbud ved deres foretak. I møte med referansegruppen, regionale brukerutvalg og regionale nettverk, fagråd og ledernettverk beskrives pasientreiseforskriften som et hinder for pårørendes deltakelse på kurs.

Undersøkelsen viser mangel på likeverdig tilbud til ulike pasientgrupper basert på alder, geografi, språk- og kulturbakgrunn.

5.3.3 Pårørende

Involvering og ivaretagelse av barn og voksne pårørende i læring og mestring ble holdt frem som et sentralt område å kartlegge og evaluere av regionale brukerutvalg og brukerrepresentanter i arbeidsgruppen. Halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen svarer at de har tilbud til pårørende (1). Pårørende er de viktigste støttespillerne for personer med helseutfordringer. Det er også de som, sammen med pasienten, blir sterkest berørt når sykdom rammer. Barn som pårørende er en særlig sårbar gruppe. I helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid bør helse- og omsorgstjenesten i større grad ha et familiefokus.

I undersøkelsen kommer det fram at lærings- og mestringssentrene (LMS) inkluderer pårørende i flere kurs (1). Pårørende som deltar på disse er i hovedsak ektefelle/samboer/partner eller foreldre. Noen LMS oppgir at de har egne mestringskurs rettet mot pårørende. Ett av fem senter oppgir at de har tilbud til barn som pårørende.

I veilederen for pårørende i helse og omsorgstjenesten (33) er det tydelige anbefalinger om opplæring av pårørende til beste for pasienten.

Veilederen kommer også med klare anbefalinger om hvordan helsepersonell skal sikre at mindreårige barn som pårørende blir tilstrekkelig ivaretatt og får nødvendig informasjon, gjennom blant annet veiledning og rådgivning til foreldre.

Det er behov for å sikre at kunnskap om involvering og ivaretakelse av barn og voksne pårørende inngår i lærings- og mestringstilbud.

5.3.4 Tilbud i spesialisthelsetjenesten til personer med innvandrerbakgrunn

Informasjon og materiell om lærings- og mestringstilbud er hovedsakelig tilgjengelig på norsk (1). Helsedirektoratet har oversatt noe helseinformasjon og materiell til helsepersonell og befolkningen[4] til engelsk og andre språk. 78 % av LMS-ene i helseforetakene svarer at det ikke finnes informasjon om tilbudet på flere språk. 17 % oppgir at de har flerspråklig informasjonsformidling. Flest av dem har dette på engelsk, mens noen klinikker har informasjon på polsk og urdu og noen LMS har informasjon på urdu, somalisk og tyrkisk.

Det er ikke utbredt bruk av tolketjenester i helseforetakene (1). 50 % av LMS-ene benytter tolk sjeldent og ved 13 % av LMS benyttes aldri tolk. Imidlertid oppgir 20 % av LMS-ene at det nesten alltid benyttes tolk ved behov. I undersøkelsen fremkommer det at årsaker til at tolk i noen tilfeller ikke benyttes, er bl. a. fordi helseforetaket ikke er bevisst pasientenes behov, at det er kostbart, mangel på kompetente tolker og at det kan være vanskelig å organisere tolketjenesten i gruppebasert opplæring (1).

Funnene i kartleggingen kan tyde på at lærings- og mestringstilbud tilrettelagt til personer med innvandrerbakgrunn er mangelfull. Undersøkelsen (1) skiller ikke på variasjonen av tilbud mellom foretak. Det er rimelig å anta at tilbudet er større i områder med stor andel av personer med innvandrerbakgrunn. Det kan likevel synes som om at personer med innvandrerbakgrunn på flere områder ikke mottar likeverdige tilbud. Det er behov for mer kunnskap på dette feltet.

Nasjonal helse- og sykehusplan fremhever at pasientens stemme skal bli hørt i møtet mellom pasient og behandler og at det er et mål å redusere uønsket variasjon (2). Dette betyr at tjenestene er innrettet slik at de ivaretar bl. a. behov i tilknytning til kulturell forståelse og språk (34). Det kan synes som at behov for LMT/PPO for personer med innvandrerbakgrunn ikke er godt nok tilrettelagt. Brukerutvalg og brukerorganisasjonene peker på at det er behov for ytterligere tilrettelegging av lærings- og mestringstilbud til personer med innvandrerbakgrunn og at dette bør undersøkes nærmere.

Et hovedprosjekt bør kartlegge tilbud til personer med innvandrerbakgrunn og hvilke tiltak som kan redusere uønskede variasjoner i tilgang på lærings- og mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten.

[4] se https://www.helsedirektoratet.no/english, https://www.helsedirektoratet.no/english/healthy-life-centres og https://www.helsedirektoratet.no/produkter

5.3.5 Læring og mestring i pasientforløp

Tilbakemeldinger fra ressursgruppen[5], brukerutvalg og fagnettverk[6], er at LMT/PPO ikke er en naturlig del av koordinerte forløp i spesialisthelsetjenesten.

At enkelte pasientgrupper får systematisk og strukturert opplæring som integrert tiltak i pasientforløpet mens andre ikke får det, vurderes som en uønsket variasjon (1).

LMT/PPO er som begrep ikke direkte omtalt i Helsedirektoratets pakkeforløp for kreft, hjerneslag eller i de generelle pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus. Begreper som omtaler læring og mestring er relaterte begreper som informasjon, endring av levevaner, oppfølging, bruker- og pårørendeopplæring og opplæring i bruker- og pårørendemedvirkning (29).

Helhetlige pasientforløp innebærer struktur bestående av faste innholdselementer og sjekkpunkter/handlingspunkter (8;29). Eksempel på dette er kartlegging av pasienters og pårørendes opplæringsbehov, når denne oppgaven skal utføres i forløpet og hva som er helsepersonells funksjon i dette arbeidet (29). I spørreundersøkelsen svarte mellom 80 til 91 prosent av klinikklederne i somatikk og i psykisk helsevern/rus at LMT/PPO er innarbeidet i standardiserte behandlingsforløp i noe grad eller i stor grad. Kun 8 prosent av lederne for LMS svarte det samme (1). Ressursgruppen påpeker at ulik forståelse av innholdet i begrepet «læring og mestring» kan forklare noe av denne forskjellen. Det stilles spørsmål om LMT/PPO er integrert i behandlingen og derfor ikke registreres av LMS-ene. Det vil være behov for ytterligere kunnskap om årsakene til den betydelige variasjon i svarene.

I flere av helseforetakenes utviklingsplaner for 2035 går det frem at det er et mål at den lovpålagte PPO skal være en integrert del av alle pasientforløp ved helseforetaket (20-23). Ved Oslo universitetssykehus (OUS) framheves det at LMT/PPO er en lovpålagt oppgave som skal være integrert i alle pasientforløpene ved sykehuset. Også andre helseforetak understreket i sine utviklingsplaner at helhetlige pasientforløp skal innarbeides på linje med medisinsk behandling (1). Dette gjøres ikke systematisk i dag. Også ressursgruppa pekte på at det er nødvendig å innarbeide LMT/PPO i standardiserte pasientforløp i større grad enn i dag. Se for øvrig kapittel 5.4 om eventuell hensiktsmessig organisering.

Det er behov for å integrere og konkretisere pasient- og pårørendeopplæring i både sykdomsspesifikke og generelle forløpsbeskrivelser (19). Forløpsbeskrivelsen bør være helhetlig og beskrive LMT/PPO fra hjem til hjem når pasienten skal ha videre tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se kapittel 4.6)

I det videre arbeidet bør LMT/PPO inkluderes i pasientforløp som helseforetakene utarbeider for ulike pasientgrupper og ved revisjoner av pakkeforløpene. God opplæring er en del av et tilbud med god kvalitet og har betydning for pasientsikkerheten.

5.3.6 Vurdering av variasjon

Variasjonen som framkommer i undersøkelsen er uønsket og viser at det er behov for å tydeliggjøre hva som er nødvendig opplæring for pasienter og pårørende (19).

[5] Ressursgruppen for forprosjektet i spesialisthelsetjenesten.
[6] Brukerutvalg og fagnettverk i de fire regionale helseforetaksområdene.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (10) kapittel 3 fastslår retten til nødvendig opplæring, men hva som er nødvendig informasjon, er ikke beskrevet. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK-LMH) (32) viser til at hovedaktiviteten av læring og mestring skjer i individuelle møter som er integrert i øvrig praksis. Det videre arbeidet bør tydeliggjøre behov for opplæring som tilbys den enkelte pasient og pårørende, både individuelt og i gruppetilbud.

En annen faktor som kan bidra til variasjon i hvem som får læring- og mestringstilbud, er mangelfull informasjon om hvilke tilbud som finnes.

Pasienter og brukere har behov for informasjon om hvilke lærings- og mestringstilbud som finnes og kan være aktuelle (1). Helseforetakene ser ut til å ha et stort forbedringspotensial med å nå pasienter og pårørende med informasjon om LM-tilbud.

Oppsummert kan vi konkludere med at ikke alle brukere, pasienter og pårørende i spesialisthelsetjenesten har lik tilgang på de lærings- og mestringstilbudene de har behov for. Variasjonen er betydelig og det er til dels tilfeldig hvem som får tilbud. Det er risiko for at de minst ressurssterke gruppene ikke fanges opp (1).

Det er en helsepolitisk målsetting at hele befolkningen skal ha tilgang på likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn, språk og kulturbakgrunn og livssituasjon. Dette gjelder også for læring og mestring. Det er også behov for en tydeligere ansvarsavklaring og arbeidsdeling mellom klinikk og LMS. Organisering og styring av lærings- og mestringstjenesten i helseforetakene, bør gjennomgås.

Pasient- og pårørendeopplæring må inngå i helhetlige pasientforløp, inkludert pakkeforløp. Det vil være sentralt for å sikre tilstrekkelig opplæring av pasienter og pårørende i tråd med gjeldende lovkrav. Det er behov for å kartlegge årsakene til at omfanget av læring og mestring i psykisk helsevern og rus er lite framtredende. I tillegg bør tilbudet om læring og mestring til mennesker med annen språk- og kulturbakgrunn utvikles. Kunnskap om hvordan involvering og ivaretakelse av barn og voksne pårørende, må også inngå i lærings- og mestringstilbud i framtidens helse- og omsorgstjeneste.

5.4 Organisering, strategisk styring og ledelse i spesialisthelsetjenesten

5.4.1. Organisering av læring- og mestringstjenester

Spørreundersøkelsen viser at LMT/PPO i varierende og i relativt beskjeden grad, oppfattes som en prioritert oppgave for helseforetakene (1). Det er også betydelige variasjoner i hvordan LMT/PPO er organisatorisk forankret i helseforetakene, og hvem som har det overordnede faglige ansvaret (1). Det beskrives variasjon mellom helseforetakene, og innenfor de enkelte foretakene, mht. organisering, innhold og form på disse tjenestene (19).

Lærings og mestringssentrene ved helseforetakene gir utrykk for at god opplæring er en viktig del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i helseforetakene (1). Denne koblingen finner vi ikke igjen hos fagdirektørene der kun 17 % hevder at læring og mestring er knyttet til virksomhetens pasientsikkerhetsarbeid. Et innspill fra ressursgruppa er å knytte området nærmere til helseforetakenes pasientsikkerhetsarbeid.

Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator inneholder anbefalinger om organisering og ivaretakelse av oppgaver innenfor LMT/PPO, men den er i varierende grad kjent for aktørene (1). Helsepersonell i helseforetakene erfarer at når læring og mestring knyttes så tett til habilitering og rehabilitering, kan det virke begrensende for lærings- og mestringstilbudet til noen pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten[7] (19).

Dette kan føre til at tilbud til personer med økt risiko for sykdom og personer som trenger kvalitetssikret kunnskap til å ta gode informerte valg i forkant og underveis i et behandlingsforløp (samvalg), får lavere prioritet.

Ressursgruppen mener at lærings- og mestringstjenestenes status er lav og ikke prioriteres på samme måte som andre lovpålagte oppgaver. Det tyder på at LMT/PPO i liten grad har et strategisk fokus (1). Lederforankringen, prioriteringen og synliggjøring av feltet på klinikk-, helseforetaks-, helseregionnivå framstår som relativt svak.

Organisering av lærings- og mestringstilbud kan ha betydning for hvem som får tilbud og hvilken effekt tilbudene har på deltakernes helse og livskvalitet. Kartleggingen viser at det er betydelige variasjoner i hvordan LMT/PPO er organisert. Det er i dette prosjektet ikke undersøkt betydningen av tjenestenes organisering på graden av integrering av læring og mestring i pasientforløp, kvaliteten på registrering av data eller reduksjon av uønsket variasjon. Det kan imidlertid synes som at lærings- og mestringsvirksomheten i mange helseforetak ikke oppfattes som en integrert del av oppfølging og behandling, men mer som en egen tjeneste. Oppfølgingen av forprosjektet bør undersøke betydningen av hvordan læring og mestring er organisert i helseforetakene. Hvilken organisering vil best ivareta integrering av LMT/PPO i pasientforløp – en sterkere tilknytning til klinikken, et tydeligere ansvar i LMS eller en klarere arbeidsdeling mellom dem? Hvordan kan kvaliteten av registering av data best ivaretas? Undersøkelse fra NK-LMH peker på at bl. a. god forankring i ledelsen og tydelige organisatoriske strukturer kan være viktig for kvalitet på registrering av data (35).

Forprosjektet viser at det ikke er tilstrekkelig oppdatert innsikt og kunnskap om lærings- og mestringstjenestene, hverken på klinikk-, helseforetaks-, helseregions- eller nasjonalt nivå. Dermed blir grunnlaget for styring og kvalitetsforbedring av tjenestene mangelfull. Stor variasjon i tilbud og manglene kodeverk for LMS/PPO-aktiviteten, bidrar sannsynligvis også til at det er vanskelig å ha et strategisk ledelsesfokus på dette arbeidet i helseforetakene.

Dette kan føre til at LMT/PPO fungerer som en tjeneste på siden av helseforetakenes øvrige virksomhet, i stedet for en integrert og nødvendig del for å løse helseforetakets samlede oppgaver.

5.4.2. Dokumentasjon, registreringspraksis og finansiering

Undersøkelsen viser at aktivitet knyttet til LMT/PPO ikke i tilstrekkelig grad dokumenteres gjennom pasientjournal, og at det i liten grad er satt opp egne aktivitetsmål. Lærings- og mestringssentrene ved flere helseforetak ga uttrykk for at det var vanskelig å hente ut data om lærings- og mestringstilbudene fra det pasientadministrative systemet (1). I regelverket for innsatsstyrt finansiering skal all deltakelse i lærings- og mestringsaktivitet registreres med kontakttype. Uttak av NPR-data viser at det trolig er store forskjeller i registreringspraksis. Det som foreligger av aktivitetsdata blir i begrenset grad fulgt opp som en del av

[7] Referansegruppe, fagnettverk i regionene mv og RKPPO.

virksomhetsstyringen på ulike nivå (1). En tredjedel av LMS-ene rapporterer at økonomi er førende for hvilke lærings- og mestringstilbud som tilbys i foretaket (1), og at lav inntjening gjør at koding av denne oppgaven ikke alltid prioriteres I tillegg oppleves kodeverket som avansert og vanskelig å kode riktig.

Kartleggingen fra 2016 viser også at det er ulik registreringspraksis mellom helseforetakene og mellom de enkelte avdelingene i samme helseforetak (35). I undersøkelsen går det fram at det kan synes som om kvaliteten på statistikken fra NPR som gjelder LM-tilbud, ikke er tilstrekkelig. Som mulige forbedringsområder, peker rapporten på at personer ved helseforetakene som er ansvarlig for koding av LM-tilbud, må forstå og bruke kodene på samme måte. Rapporten peker også på at det bør etableres et fagnettverk i hver helseregion som skal bedre registreringsarbeidet i hver helseregion. På områder hvor det er rom for ulike tolkninger av kodeverket, bør sentrale myndigheter avklare riktige tolkninger. En annen betydelig utfordring som rapporten peker på, er manglende dokumentasjon for LM-tilbud til pårørende. Det er behov for å videreutvikle dokumentasjonssystemet for å inkludere pårørende på en fullverdig måte.

Det kan synes som det er behov for å vurdere fordeler og ulemper ved å knytte læring og mestring til rehabiliteringsfeltet når målet er at det blir en mer integrert del av oppfølging og behandling i klinikkene. Det er fortsatt uklart hvilken organisering og forankring av lærings- og mestringsvirksomheten som er mest hensiktsmessig for likeverdige tilbud av god kvalitet.

I det videre arbeidet er det sentralt at leder- og fagansvar for LMT/PPO er definert og at LMT/PPO innlemmes i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det vises også til Helsedirektoratets svar på oppdrag om evaluering av opptrappingsplanen og forslag til videre tiltak, og som er oversendt departementet 15.jan 2021. Det bør drøftes hensiktsmessig organisering av tjenestene: Hvilken organisering kan fremme en mer omforent forståelse av læring og mestring, en sterkere lederforankring og styring av tilbudene? Hvordan kan det etableres en mer lik registreringspraksis, større krav til dokumentasjon og bedre oppfølging av aktivitetsdata? Hvordan kan det sikres en sterkere integrering av LMT/PPO i alle pasientforløp og mer tilgjengelige informasjon om ulike tilbud? Det er også behov for å utvikle et nasjonalt kodeverk.

5.5 Lærings- og mestringstilbud i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Læring og mestring skal inngå i alle helse- og omsorgstjenester til alle aldersgrupper. Vi har imidlertid ikke oppdatert oversikt over tilbud om læring og mestring utenom det som rapporteres i KOSTRA. Etter avtale med oppdragsgiver er derfor status for kommunale lærings- og mestringstilbud i forprosjektet basert på upubliserte resultater fra KOSTRA for 2019 (18). Disse omfatter kommunale lærings- og mestringstilbud som gis i frisklivssentraler/frisklivs-, lærings- og mestringssentre. Kommuner som ikke har etablert frisklivssentral[8] har også rapportert hva de har av liknende tilbud. Lærings- og mestringstilbud forankret i andre kommunale helse- og omsorgstjenester enn frisklivssentraler, fremkommer imidlertid ikke. Fullstendig rapport med analyse av data for 2019 publiseres av SSB innen 31.12.2020.

[8] Kommunene er gjennom helse og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen. Frisklivssentraler er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på. Referanse Veileder for frisklivssentraler (9).

5.5.1 Status – utbredelse, stillingsressurser og antall brukere

I 2019 hadde 60 prosent av alle kommuner etablert frisklivssentral. Andelen kommuner med frisklivssentraler har vært stabilt fra 2018.

Det er fortsatt store regionale forskjeller når det gjelder utbredelse. Variasjoner i tilgang på lærings- og mestringstilbud kan henge sammen med kommunestørrelse, kommuneøkonomi og prioriteringer (16;36). Endringer i regional utbredelse mellom 2016 og 2019 kan ha sammenheng med kommune- og regionreformen. Føringer for innhold i læring og mestring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er ikke like tydelige som for spesialisthelsetjenesten. Lærings- og mestringstilbud blir ofte nedprioritert selv om lovgrunnlaget fastslår kommunens sørge- for ansvar for slike helse- og omsorgstjenester (7). De kommunene som har kommet lengst i sitt systematiske folkehelsearbeid er i hovedsak de samme kommunene som har etablert Frisklivssentral (16). Forankring i kommunale planer og budsjett er avgjørende for et stabile tilbud av god kvalitet (36).

Kommuner med størst utfordringer med sosial ulikhet og flere uføre, og trolig størst behov for lærings- og mestringstilbud, ser ut til å være de samme kommunene som ikke har etablert frisklivssentral (16).

Antall avtalte årsverk har økt fra 248 i 2016, til 306 i 2019. Gjennomsnittlig antall årsverk er 1,05 (18). Fysioterapeuter er fortsatt den største utdanningsgruppen, men det er også sykepleiere, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer, pedagoger, psykologer og andre ansatte. Økningen i antall stillingsressurser og brukere av tjenesten kan være et resultat av langsiktig arbeid, blant annet gjennom tilskudd til kommunene, utviklingssentraler (37) og fylkesvise nettverk med erfaringsutveksling og kompetansebygging.

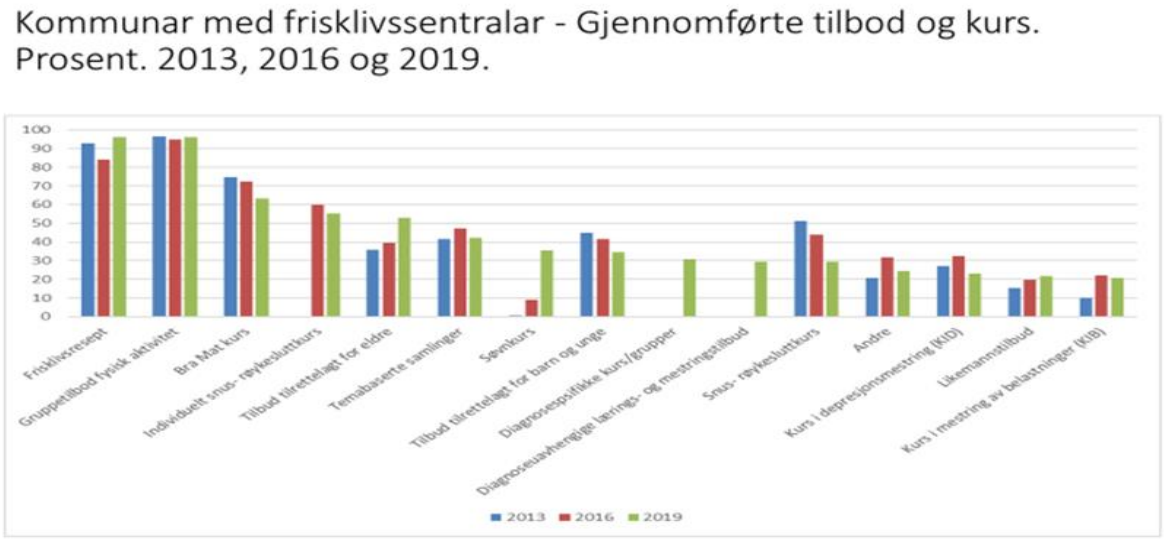
Antall brukere av tilbudet av tjenesten er doblet i perioden fra 2013 til 2019. Tilgang på tverrfaglig kompetanse i kommunene varierer. Lærings- og mestringstilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør bygge på og dimensjoneres ut fra innbyggernes behov (9). Det er grunn til å tro at alle kommuner har innbyggere med behov for å lære å leve med og mestre helseutfordringer inkludert støtte til å endre levevaner. Vi har imidlertid ikke tilstrekkelig kunnskap om hvor omfattende behovet for slike tjenester er.

Det er de senere årene publisert flere vitenskapelige artikler basert på data fra frisklivssentraler. Samtidig er det behov for mer kunnskap, blant annet om mulige økonomiske besparelser som følge av effekter som økt livskvalitet, bedret funksjon, redusert behov for medisinbruk og andre mer kostbare helse- og omsorgstjenester. Systematisk bruk av registreringsverktøy som EQ5D, gjør det mulig å undersøke samfunnsøkonomiske effekter av virksomheten. Det kan styrke beslutningsgrunnlaget for dimensjonering, organisering og innhold i lærings- og mestringsvirksomheten og bør derfor benyttes.

5.5.2 Innhold og kvalitet

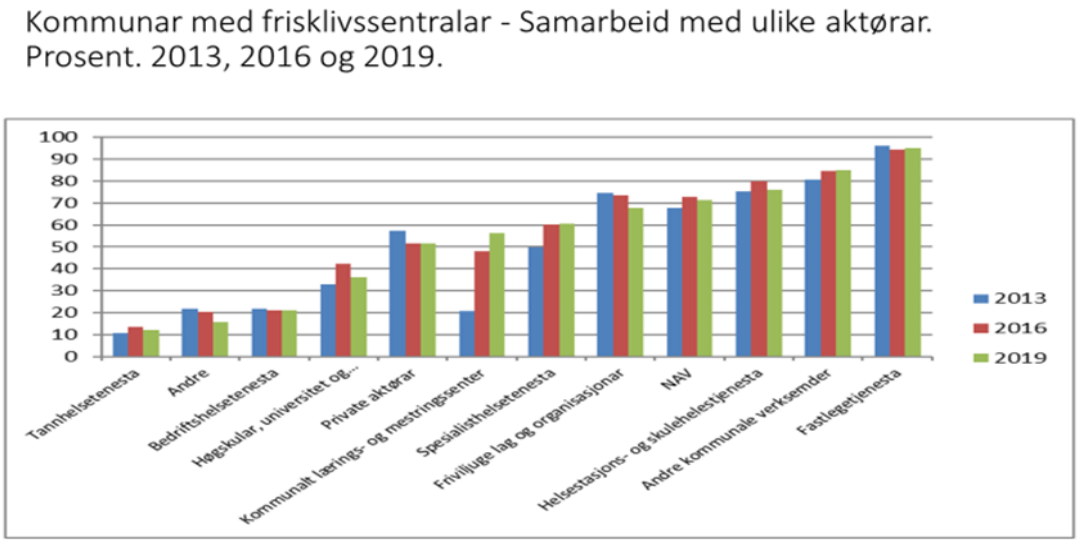
KOSTRA 2019 viser at kommunene gjennom frisklivssentralene tilbyr strukturert støtte til endring av levevaner; fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt både som individuell og gruppebasert oppfølging. De tilbyr også søvnkurs og kurs i mestring av depresjon og av belastninger.Ca. 30 % av frisklivssentralene har også andre diagnosespesifikke og diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud, som for eksempel hverdagsglede, mestringstreff, mestring av diabetes 2, livslyst (kreft) og tilbud til brukere med overvekt/fedme. Gruppetilbud

om fysisk aktivitet er det flest kommuner som tilbyr sin brukere. Dette tilbudet har også flest deltakere (18). Selv om frisklivssentralene gir et bredt spekter av lærings og mestringstilbud, er det trolig ikke uttømmende i forhold til innbyggernes samlede behov for slik helsehjelp. Lærings- og mestringstilbud forankret i andre kommunale helse og omsorgstjenester fremkommer ikke i KOSTRA. Oversikten over kommunale lærings- og mestringstilbud er fortsatt mangelfull (figur 5).



Figur 5: Ulike lærings- og mestringskurs og tilbud i kommuner med frisklivssentraler:

Om lag halvparten av brukerne av kommunale frisklivssentraler blir henvist og halvparten tar selv kontakt. Fastlegene er hyppigste henviser. Det har vært en økning i henvisninger fra spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2016 til 2019. Frisklivssentralene samarbeider med et bredt spekter av andre aktører i og utenfor helse -og omsorgstjenesten. Antall kommuner der frisklivssentralen samarbeider med andre lærings- og mestringstilbud har økt betydelig fra 2016 til 2019 (figur 6).



Figur 6: Ulike aktører Frisklivssentralen samarbeider med.

Økning i antall brukere bekrefter behovet for kommunale helsetilbud som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Det kan se ut som helsepersonell i andre tjenester i økende grad kjenner og henviser til tilbudet. Økt samarbeid mellom frisklivssentraler og andre lærings- og mestringstilbud kan ha sammenheng med kommunesammenslåinger, omorganisering og mer samlokalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Økning i antall henvisninger fra spesialisthelsetjenesten er positivt med tanke på helhetlige forløp og kan ha sammenheng med økt behov for og/eller bedre kjennskap til kommunale tilbud. Samhandlingen kan styrkes ytterligere gjennom mer konkrete samarbeidsavtaler om lærings- og mestringsvirksomhet som følges opp i helsefelleskapene. Lærings og mestringsvirksomheten i helseforetak og kommuner skal utfylle hverandre. Det er derfor viktig å fortsette å utvikle tilbud både i helseforetak og kommuner (39) og samhandle om dette.

Kommunale lærings- og mestringstilbud er en del av helse- og omsorgtjenestene og driften av tilbudene finansieres over kommunens budsjett (9). Med forehold om tildeling over statsbudsjettet, kan kommuner søke om *Tilskudd til etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud*. Andre tilskuddsordninger kan også være aktuelle (9). Tilskuddsordningen gir status til arbeidet med levevaner og annen lærings- og mestringsvirksomhet. Det bidrar til at kommunene får økt fokus på behovet for forebyggende helsearbeid og tidlig innsats samt økt mulighet til å utvikle, prøve ut, evaluere og etablere nye tilbud. Tilskuddsordningen stimulerer også til samhandling (36).

5.5.3 Tilbudet i kommuner som ikke har frisklivssentral

En del av de 175 kommunene som ikke har etablert frisklivssentral tilbyr strukturert og grupperettet oppfølging med støtte til endring av levevaner. Noen kommuner tilbyr også kurs i mestring av depresjon, kurs i mestring av belastning, søvnkurs og ulike diagnosespesifikke kurs og grupper. En tredjedel av kommunene oppgir at de har andre tilbud, for eksempel tilbud til demente, pårørendekurs og fallforebyggende trening for eldre.

Femti kommuner uten frisklivssentral har ikke rapportert om noen frisklivs-, lærings- og mestringstilbud (18).

Rapporten fra SSB (18), vil gi mer utfyllende informasjon om lærings- og mestringstilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. KOSTRA inneholder imidlertid ikke data om lærings- og mestringstilbud i regi av andre kommunale helse- og omsorgstjenester enn frisklivssentraler. På mestring.no har NK-LMH publisert en liste over 79 kommuner med egne lærings- og mestringstjenester basert på en kartlegging fra 2014/2015 (40). Oversikten er ikke uttømmende eller oppdatert. Selv om den kan gi utfyllende informasjon til KOSTRA 2019, er kunnskapen om andre kommunale lærings- og mestringstilbud enn de som tilbys i frisklivssentralene, fortsatt mangelfull. I det videre arbeidet bør lærings- og mestringsvirksomhet i hele den kommunale helse- og omsorgtjenesten inngå i KOSTRA-rapporteringen.

Manglende oversikt har også sammenheng med varierende kvalitet på dokumentasjon av lærings- og mestringsvirksomheten, manglende etterspørsel av tjenestenes rapportering på denne type aktivitet, samt mangelfull mulighet for å registrere aktivitet og til å utveksle elektroniske meldinger. Det kan også ha sammenheng med at virksomheten og tilbudene benevnes med mange ulike begrep.

5.5.4 Tilbud tilrettelagt for personer med innvandrerbakgrunn

I veileder for kommunale frisklivssentraler gis det noen anbefalinger for likeveldige helse- og omsorgstjenester og tilrettelegging av tilbudet til personer med innvandrerbakgrunn (9) (kapittel 6.2.9 og 3.8.3). Veileder for helse -og omsorgstjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har informasjon om frisklivssentralens tilbud og oversikt over kommuner med frisklivssentral (41).

Vi kjenner til at mange kommuner har tilrettelagt tilbud for denne målgruppen[9]. Det spørres imidlertid ikke om tilbud tilrettelagt for personer med innvandrerbakgrunn i KOSTRA. Vi har derfor ikke oversikt og kunnskap om status for dette i kommunene (18;42). Det er rimelig å anta at tilbudet er større i kommuner med stor andel av personer med innvandrerbakgrunn. Det er behov for mer kunnskap på dette feltet.

5.5.5 Dokumentasjon og rapportering

KOSTRA for 2019 viser at 85 % av frisklivssentralene benytter elektronisk pasientjournal (18). De samme journalsystemene benyttes også i øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Mulighet for å forenkle og forbedre administrative rutiner, dokumentasjon og rapporteringsarbeid er viktig for god ressursutnyttelse. Dokumentasjon og statistikk vil være nyttig i forankring av lærings- og mestring som del av helse og omsorgstjenesten og tydeliggjøring i kommunale planer og budsjett. Noen kommuner[10] har god oversikt og arbeider systematisk med dokumentasjon og rapportering.

Dagens journalsystemer er i varierende grad tilpasset arbeid med læring og mestring. Det er behov for å utvikle verktøy for digital dokumentasjon, journalføring, rapportering og samhandling med brukere og med samarbeidspartnere både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det er viktig og har betydning for kvalitet av tilbudet, samhandling, koordinerte tjenester og helhetlige forløp.

Kommunene organiserer lærings- og mestringstilbud på ulike måter. Det kan være i frisklivssentraler (9), egne enheter for læring og mestring, felles frisklivs- og mestringstilbud eller i regi av ulike helse- og omsorgstjenester. Anbefalingene i veileder for kommunale frisklivssentraler for organisering av tjenesten og det strukturerte oppfølgingstilbudet, bygger på modellforsøk og evaluering av disse i flere og ulike kommuner (9). Lærings- og mestringsvirksomheten, inkludert frisklivssentraler, er helsetjenester i utvikling. Det er mulig at organisering av tjenestene og tilbudene har betydning for resultater på brukernivå. Det er derfor behov for å vite mer om hva som kjennetegner virksomheten i de kommunene som har kommet lengst og kan vise til de beste resultatene.

5.5.6 Utvikling og videre arbeid

Tilsyn kan gi bedre tilgjengelighet og kvaliteten på kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er ført tilsyn med helsefremmende og forebyggende kommunale helsetjenester til barn og unge. Tilsyn med slike tjenester til voksne er til nå ikke gjennomført.

For å styrke kvalitets- og utviklingsarbeidet i kommunene, har Helsedirektoratet inngått avtale med 10 kommuner om å være regional utviklingssentral. Modellen med utviklingssentraler og

[9] Eksempelvis: https://idebank.frisklivssentralen.no/kvinner-i-aktivitet/ og https://idebank.frisklivssentralen.no/minoritetskurs/

[10] Eksempel fra Oslo kommune: https://idebank.frisklivssentralen.no/rapportering/

etablering av Idebank for frisklivssentraler er inspirert av arbeidet med utviklingssykehjem. Erfaring så langt viser at modellen bidrar til å styrke kvalitet og utvikling av tjenester og tilbud, nasjonalt og regionalt. Utviklingssentralene bistår i ulike oppdrag og utviklingsprosjekter og er viktige kontakter for Helsedirektoratet ut mot helse- og omsorgstjenestene. De veileder andre kommuner og aktører og er en viktig støttespiller og samarbeidspartner for fylkesmennene og fylkeskommunene i egen region. Utviklingssentralene jobber aktivt med informasjonsspredning, erfaringsutveksling, deltar i nettverk og forskning (43). Modellen med regionale utviklingssentraler kan videreutvikles for å styrke kvaliteten på kommunale lærings- og mestringstilbud.

I det videre arbeidet kan utviklingen i tjenesten følges ved at læring- og mestring inngår i KOSTRA-rapportering for alle kommunale helse- og omsorgtjenester. Det er behov for å styrke kodeverk for og dokumentasjon av læring- og mestringsvirksomheten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten Fremtidig modeller og strukturer for fagutvikling på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå for å styrke kvaliteten på lærings- og mestringstilbud bør vurderes. Kunnskapsgrunnlaget for læring og mestring kan styrkes gjennom evaluering og forskning av kost-nytte og effekt av tilbud, samhandlingstiltak, organisering og brukermedvirkning.

5.6 Samhandling mellom helseforetak og kommuner

5.6.1 Kunnskapsgrunnlag

Litteraturgjennomgang i forprosjektet viser at det er lite forskning om samhandling, og ingen norsk forskning som eksplisitt omhandler organisering, oppgavedeling og samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet (25). Det finnes imidlertid litteratur om samhandling generelt med overføringsverdi til lærings- og mestringsvirksomheten.

Litteraturen er av varierende kvalitet og omhandler i hovedsak samarbeidsavtaler, utskrivningsklare pasienter og overganger. Det avdekkes også kunnskapshull og en ubalanse med hensyn til hvilke temaer og spørsmål forskningen har adressert. Det mangler eksempelvis studier på effekt av samhandlingstiltak (25), og på hvilke erfaringer brukere, pårørende og helsepersonell som jobber nært til brukere har med samhandlingen om lærings- og mestringsvirksomhet. Det mangler også studier som omhandler samhandling om tilbud den samiske befolkningen og andre minoriteter (25;28).

Samhandling ser ut til å være et underprioritert område med store lokale variasjoner. Finansieringsordninger er drivere for prioriteringer og praksis. Samhandlingsteam med nettverk, faste møtearenaer, ressursgrupper og koordinator på tvers av tjenestenivå og gjensidig kompetanseutveksling, styrker samhandling.

Fravær av slike strukturer fungerer som barrierer for samhandling (25;28). Det ser ut til at kommuner og helseforetak har tillit til at Helsefellskapene kan bidra til å systematisere og styrke samarbeidet (28). Flere brukerorganisasjoner er bekymret for at lærings- og mestringsvirksomheten blir nedprioritert i helseforetakene og "dyttet over" på kommunene uten medfølgende finansiering (39).

På tross av manglende dokumentasjon gir litteraturgjennomgangen nyttig innsikt i hva som fremmer og hemmer samhandling mellom helseforetak og kommuner generelt. Denne

kunnskapen angir noen sentrale forutsetninger for samhandling om lærings- og mestringsvirksomhet i praksis (26), og bør ligge til grunn for videre arbeid.

Resultatene avdekker behov for videre forskning på og utvikling av modeller for organisering av tjenester og oppgave- og ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommuner, spesielt hva gjelder forebygging, læring og mestring og rehabilitering. Det er også behov for mer kunnskap om samarbeidsprosesser, brukermedvirkning og brukererfaringer og effekt av samhandlingstiltak og virkemidler, for eksempel utilsiktede virkninger av økonomiske insentiver (25). For å oppfylle sentrale mål i nasjonal helse- og sykehusplan, bør finansieringsordninger fasilitere kvalitet i tjenesten, brukermedvirkning og samhandling mellom profesjoner, tjenester og nivå (25;28).

5.6.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner

Analysen av de lovpålagte samarbeidsavtalene (delavtale 2, 5, 6 og 10) mellom helseforetak og kommuner, påpeker mangel på gjensidighetskunnskap og likeverdighet mellom partene i utarbeidelse og oppfølging av avtalene (26). Gjensidig kunnskap om og forståelse for hverandres kompetanse og hverdag er nødvendig for god dialog og er en viktig fasilitator for samhandling (26). Avtalene synes ikke i tilstrekkelig grad å ivareta anbefalingene i Helsedirektoratets veiledere (8;27) når det gjelder konkretisering, brukermedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold (26). Kvaliteten på samarbeidsavtalene for læring- og mestring er heller ikke tilfredsstillende. Innholdet er begrenset og lite konkret. Det er derfor vanskelig å vurdere om tilbudene i kommuner og helseforetak er utfyllende, overlappende eller mangelfulle.

Arbeidsprosessen for inngåelse av samarbeidsavtaler har betydning for implementering og oppfølging av avtalene (44). Det ser ut som disse arbeidsprosessene har vært preget av at helseforetakene har hatt større innflytelse på utformingen av avtalene enn kommunene (45). Forslag om å innføre krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester er ute på høring (46). Utilstrekkelig konkretisering, manglende brukermedvirkning, uklare forpliktelser, tilgjengelighet og vedlikehold av samarbeidsavtalene kan ha sammenheng med manglende likeverdighet i disse prosessene. Dette er viktige faktorer som må adresseres i det videre arbeidet med revisjon av maler og veileder for samarbeidsavtalene. Gode avtaleprosesser bidrar til å sikre eierskap til avtalene fra begge parter. Dette vil påvirke både implementeringen og etterlevelsen av avtalen positivt.

Alle brukere av helse- og omsorgstjenesten kan i alle faser i forløpet og uavhengig av diagnoser eller helseutfordringer, ha behov for lærings- og mestringstilbud, inkludert støtte til endring av levevaner. Læring- og mestringstilbud inngår i alle helse- og omsorgstjenester (8). Lærings- og mestringstilbud egner seg også som en del av "det utadvendte sykehus" (2). Dersom samhandling om slik helsehjelp ikke prioriteres, er det risiko for at mange brukere ikke får den helsehjelpen de har behov for og rett til. Det er potensiale for forbedringer i både strukturer og praksis for oppgavedeling og samhandling mellom tjenester og nivå (28).

Bruk av virkemidler som i større grad fasiliterer prioritering av samhandling og lærings- og mestringsvirksomhet, bør derfor vurderes.

5.6.3 Helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester

Det er på bakgrunn av undersøkelser i forprosjektet vanskelig å trekke klare slutninger om hvilke erfaringer helse- og omsorgstjenesten og brukere har med samhandlingen om lærings- og mestringsvirksomheten (28). Praksisfeltet etterlyser sjekkpunkter for pasient- og

pårørendeopplæring i pasientforløp i foretak og i overgangene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (19).

Tilbud i helseforetak og kommuner skal til sammen utfylle hverandre. Kompetanseutveksling må være gjensidig. For å få tilstrekkelig innsikt i status for praksis og erfaringer med samhandling mellom helseforetak og kommuner, er det behov for undersøkelser der også brukere, pårørende og personell som jobber tett på brukere og pasienter, inngår i utvalget av respondenter.

Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for koordinerte tjenester. Lærings- og mestringsvirksomhet inngår i deres ansvarsområde (8). Det skal etableres 19 helsefellesskap der kommuner og helseforetak skal utvikle og planlegge tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefelleskapene blir faste møtearenaer for samhandling og kompetanseutveksling. Inkludering av lærings- og mestringsvirksomhet i helsefelleskapenes arbeid, kan bidra til å systematisere og styrke samarbeidet og integrering av fagområdet i helhetlige koordinerte forløp. Det er også behov for å se ulike modeller og prøveordninger for oppfølging av pasienter med langvarige og sammensatte behov i sammenheng og å tydeliggjøre roller og ansvarsfordeling mellom tjenestene[11].

Samhandling om lærings- og mestringstilbud bør være et prioritert område i helsefelleskapene. Dagens finansieringsordninger kan vurderes justert slik at de i større grad fremmer kontinuitet og samhandling om læring og mestring. Maler og nasjonal veileder for de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner må tydeliggjøre krav til likeverdighet mellom partene i prosessen for avtale inngåelse, konkretisering, brukermedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold, samhandling om oversikt over og informasjon om LM-tilbud, etablering av strukturer som fremmer samhandling om læring og mestring og tilrettelegging av LM-tilbud til den samiske befolkningen.

5.6.4 Oversikt og informasjon om lærings- og mestringstilbud

Undersøkelser utført i forprosjektene viser at oversikt over og informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommuner og helseforetak, mange steder er mangelfull og at det krever samarbeid for å få dette på plass. Det samme gjelder behovskartlegging og utvikling av nye tilbud. Både ansatte og brukere rapporterer at de har for lite informasjon om hvilke tilbud som finnes (1;46). Regionale brukerutvalg etterspør en helhetlig oversikt over eksisterendetilbud.

Helseforetakene benytter ulike kanaler for å spre informasjon. De fleste har oppdaterte kursoversikter, informasjonsmateriell tilpasset ulike målgrupper, informasjon om brukerorganisasjoner og andre nyttige lenker på egne nettsider. På sykehusenes nettsider merkes kursene om de er nasjonale, regionale eller lokale men det finnes ingen samlet oversikt.

Nasjonal helse- og sykehusplan har som ambisjon å bygge pasientens helsetjeneste (2). Kjennskap til brukernes behov og hva som finnes av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i helseforetak og kommuner er en forutsetning for at brukere, pasienter og pårørende skal få nødvendig opplæring og oppfølging. Helseforetak og kommuner bør derfor i samarbeid med brukere utvikle systematiske tiltak for oversikt og vedlikehold av informasjon om tilbud. Det finnes gode eksempler på hvordan noen kommuner oppfyller dette (idebanken og www.fritid123.no). På

[11] Ref. Primærhelseteam, oppfølgingsteam, helsefelleskap, koordinerende enhet mm.

Helseforetakenes nettsider ligger det lenke til kommuneoversikten på mestring.no, men ikke til oversikten over kommuner med frisklivssentraler på helsedir.no og informasjon om frisklivssentraler på helsenorge.no og helsedir.no. Inkludering av denne informasjonen på helseforetakene nettsider vil til sammen gi bedre oversikt over eksisterende tilbud enn i dag (47-49). Informasjon om digitale selvhjelpsverktøy på Helsenorge.no kan også være nyttig å vise til[12].

I videre arbeid er det behov for å tydeliggjøre føringer for oppgavedeling og samhandling om utfyllende lærings- og mestringstilbud. Oversikt og informasjon om dette må gjøres lett tilgjengelig for helsepersonell og befolkningen. Samhandling om behovskartlegging, oversikt, informasjon, utvikling og gjennomføring av lærings- og mestringstilbud, bør være et prioritert område i helsefelleskapene

5.7 Ny teknologi og nye arbeidsmåter

Kartlegging (1) viser at lærings- og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten i dag ikke har utviklet eller benytter ny teknologi i undervisning. I all hovedsak er det video og film som benyttes både ved LMS og i klinikk. Hverken helseforetakene eller klinikken gir i kartleggingen uttrykk for at de i utstrakt grad har planer om å bruke appbaserte tjenester i undervisningen (1). Samvalgsverktøy brukes i begrenset grad. Videooverføring av kurs og nettbaserte tilbud er i noen grad tatt i bruk. Brukerutvalgene gir tilbakemelding om at de har blandende erfaringer med bruk og tilrettelegging av teknologi knyttet til læring og mestring, og flere mener at det gjøres lite for å legge til rette for digital deltakelse.

Både i helseforetak og kommuner har Covid-19 pandemien ført til en økt interesse for teknologi og økt behovet for tilrettelegging av egnede løsninger i helse- og omsorgstjenesten. Mange tjenester har på relativt kort tid tatt i bruk nye verktøy som gjør det mulig å yte helsehjelp selv om fysiske møter ikke er mulig (50;51).

Før covid-19 ble det i spesialisthelsetjenesten benyttet lite teknologi innen læring- og mestring. Imidlertid tester nå flere LMS-er digitale kurs og annen digital foredragsvirksomhet gjennom bl.a. webinar via join, helsenett og podkaster knyttet til relevante mestringstemaer. Pandemien har også synliggjort behov for ressurser som støtter opp under digitale løsninger og nye arbeidsmåter (51).

En ny undersøkelse viser at kommunale frisklivssentraler har digitalisert mer av arbeidet i 2020 (50). Det har gitt mer fleksibilitet og alternative måter å følge opp deltakerne på. Erfaringene vil også gjøre det lettere å kunne tilby oppfølging via digitale løsninger fremover. Digitale verktøy blir i størst grad benyttet til grupper og kurs, men også i en-til en- oppfølging. Nær 60 prosent har tatt i bruk nye arbeidsmåter og digitalisert mer av arbeidet knyttet til innbyggerrettet informasjon.

[12] https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/oversikt-over-kommuner-med-frisklivssentral
https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/frisklivssentral/
https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler
https://www.helsenorge.no/baredu

Respondentene påpeker nødvendigheten av evaluering når nye arbeidsmåter tas i bruk. En del løsninger er ikke godt nok tilrettelagt for bruk i helse- og omsorgstjenesten[13].

Ny teknologi gir nye muligheter for opplæringen av pasienter og brukere; for nye arbeidsmåter, dokumentasjon og samhandling mellom ulike tjenester og mellom helsepersonell og brukere/pasienter. Digitale løsninger kan gjøre lærings- og mestringstilbud mer tilgjengelig for flere brukere, pasienter og pårørende (50).

Bruk av ny teknologi forutsetter digital kompetanse både hos brukere og helsepersonell, og ikke alle kan nyttiggjøre seg slike tilbud. Digitale løsninger kan utvide og være et supplement til, men ikke erstatning for, det ordinære tilbudet og til fysisk oppmøte (1;50).

Helsedirektoratet har samlet og utviklet digitale selvhjelpsverktøy for endring av levevaner og mestring av fysiske og psykiske helseutfordringer. Disse er tilgjengelig på helsenorge.no (52). Slike verktøy benyttes av helsepersonell i oppfølging av brukere og pasienter og vurderes å være et nyttig supplement i arbeidet med pasient- og pårørende opplæring (50). Brukerorganisasjoner utvikler også digitale opplæringstilbud. For eksempel lanserte Diabetesforbundet nylig sitt e-læringskurs for bedre egenbehandling av diabetes type 2 (53;54).

I det videre arbeidet er det behov for å utvikle og evaluere hensiktsmessig digitale verktøy for dokumentasjon av tilbud, rapportering og samhandling om læring og mestring, inkludert å standardisere informasjon i elektroniske pasientjournalsystem. Nye tilbud og nye arbeidsmåter i lærings- og mestringsarbeidet kan utvikles basert på mulighetene som ligger i ny teknologi og digitalisering. Brukererfaringer må være sentralt i utviklingsarbeidet.

5.8 Helsepersonells kompetanse

5.8.1. Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet

Kartlegging i forprosjektet (1) viser at om lag 3/4 av klinikklederne i spesialisthelsetjenesten som har svart, vurderer at medarbeiderne i helseforetakene har tilstrekkelig kompetanse for å kunne legge til rette for læring og mestring hos pasienter og pårørende. Ingen hevder at medarbeiderne mangler denne kompetansen. Tid nok til dette arbeidet, beskrives imidlertid som et problem (1).

Helse- og omsorgstjenestene må ha tilstrekkelig kapasitet og relevant kompetanse til å ivaretakravet om faglig forsvarlighet i lærings- og mestringsarbeidet og kunne gi tilbud i samsvar med befolkningens behov (8). Bredden i målgruppens behov for lærings- og mestringstilbud av god kvalitet krever at alt helsepersonell har bred kompetanse, herunder grunnleggende basiskompetanse og kompetanse i tverrfaglig (8;9).

5.8.2. Kommunikasjon og helsepedagogikk

LMS i spesialisthelsetjenesten er i mange sammenhenger en støttefunksjon, hvor lærings- og mestringssenteret blir brukt som ressurs i arbeidet ved avdelingene. Alle lærings- og mestringssentrene tilbyr kurs i helsepedagogikk til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunene (kompetanse, verktøy og metodikk for å kvalitetssikre opplæring, blant annet knyttet

[13] Direktoratet for e-helse anbefaler helsepersonell å ta i bruk verktøy for videokonsultasjon som allerede er i bruk i helsesektoren, og har laget en oversikt over slike verktøy og programvare. Tjenestene har selv ansvar for at løsningene de bruker tilfredsstiller gjeldende krav og personvernreglement. Direktoratet for e-helse kommer med spesielle anbefalinger og det er lagt ut en rutine for sikker bruk.

til klinisk kommunikasjon (55;56). Undersøkelsen viser at helsepedagogisk kompetanse er avgjørende for at pasienter og brukere skal kunne få utbytte av lærings- og mestringstilbud. Det er imidlertid behov for mer evaluering av kvaliteten på lærings- og mestringstilbud i helseforetak og kommuner. Det bør vurderes hvordan kunnskapsbasert praksis kan styrkes gjennom utdanning av studenter, fagpersoner og brukerrepresentanter (57). Det er fordeler og ulemper med ulike måter å organisere lærings- og mestringsvirksomheten på. Hensiktsmessige organisering av nettverk og modeller for utvikling av kvalitet og kompetanse innen læring og mestring, bør vurderes.

Samtaler om "Hva er viktig for deg" krever høy grad av profesjonalitet og kommunikasjonsfaglig tilnærming. Kunnskap om kommunikasjon og ferdigheter i effektive metoder for endring, mestring og brukermedvirkning bør derfor prioriteres i kompetanseutvikling og veiledning i helseforetak og kommunale helse og omsorgstjenester (8;9).

Fastlegene har en medisinskfaglig koordineringsrolle og skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. De skal også tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt (58). Fastlegene har både en utøverfunksjon i møte med den enkelte pasient, og en lyttepostfunksjon opp med det bredere folkehelsearbeidet. Der er imidlertid et gap mellom myndighetenes forventninger og det fastlegene selv forteller om den faktiske virksomheten. Manglende kommunikativ og pedagogisk kompetanse og ferdigheter er en begrensende faktor for helsefremmende og forebyggende innsats i fastlegetjenesten (38). Fastlegene trenger mer kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder hvordan de kan støtte brukere og pasienter til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer (38).

5.8.3. Samhandling og kompetanseutveksling

Det er også behov for å styrke diagnosespesifikk kunnskap, spesielt for de store sykdomsgruppene (59;60). Det er derfor viktig at kommunene etterspør spesialisthelsetjenestens kompetanse, helseforetakene overholder veiledningsplikten og at de samhandler om gjennomføring av lærings- og mestringstilbud.

Resultater i forprosjektet peker på at samhandling om kompetanseutveksling og kompetanseutvikling fungerer godt der helseforetakene oppfyller veiledningsplikten overfor kommunene, der begge parter er likestilt og bidrar inn med sin kompetanse. At nivåene har kjennskap til hverandres kompetanse og hverdag er også viktig for samhandlingen og for kvaliteten på tilbudet til brukere, pasienter og pårørende (28).

Digitalisering kan gi mulighet for å gjøre lokale kurs tilgjengelig for innbyggere og brukere i hele landet. Mer kunnskap og kurs for helsepersonell om digitale verktøy og avstandsoppfølging etterspørres (50).

I det videre arbeidet bør det i større grad synliggjøres at pasient- og pårørendeopplæring er en integrert del av helsetilbudet i både helseforetak og kommuner. Aktuelle oppgaver for helsepersonell kan være å kartlegge pasienters og pårørendes behov for opplæring, planlegge og gjennomføre opplæringsaktivitet, samhandle med relevante aktører og dokumentere opplæring (19). For å sikre god kvalitet i lærings- og mestringstilbud, bør opplæring i helsefremmende og forebyggende arbeid, klinisk kommunikasjon og helsepedagogikk samt bruk av ny teknologi innarbeides i kompetanse-/opplæringsplaner i helseforetak og kommuner.

5.9 Lærings- og mestringstilbud tilpasset den samiske befolkningen

Samiske pasienter og brukeres rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester følger av rettigheter det samiske folk som urfolk har i henhold til nasjonale lover og internasjonale konvensjoner. Det omhandler deres rett til å få et tilbud som er tilpasset samisk språk- og kultur. Av ILO-konvensjonen nr. 169 art. 25 følger det at utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll. Folkehelsemeldinga (61) presiserer at likeverdige helse- og omsorgstjenester forutsetter at tjenestene er innrettet slik at de ivaretar brukernes ulike behov, blant annet knyttet til fysisk tilgjengelighet, kulturell forståelse og språk.

God og trygg kommunikasjon handler om å få bruke sitt eget språk i møte helse- og omsorgstjenestene og bli møtt av kultursensitive tjenester. Å skape gode arenaer for læring og mestring for den samiske pasienten krever samarbeid på tvers av profesjoner, tjenester og nivå. Helsepersonell må ha kunnskap om samisk språk, kultur og samenes historie som urfolk i Norge.

På grunnlag av kartlegginger i forprosjektene kan vi ikke finne at det er utviklet og gjennomført lærings- og mestringstilbud tilpasset den samiske befolkningen ved noen av landets helseforetak med unntak av Sámi klinihkka, Finnmarkssykehuset. I mars 2020 tilsatte Sámi klinihkka en medarbeider ved FoU-avdelingen som fikk ansvar for dette arbeidet. Systematisk pasient og pårørendeopplæring har tidligere i hovedsak vært et tilbud til enkeltfamilier.

Enkelte kommuner i de samiske språkområdene har noen tilbud, men det mangler oversikt over hva som finnes. Når det gjelder helsetilbud til den samiske befolkningen ser det ut til å være tettere kobling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (25) og mellom somatisk og psykiske helsetjenester enn det vi ser i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette vurderes som positivt med tanke på videre arbeid.

Funn fra undersøkelser i forprosjektene viser at det ikke er utviklet tilstrekkelige lærings- og mestringstilbud tilpasset den samiske befolkningen i Norge og at samiske pasienter har lav grad av medvirkning knyttet til ulike lærings- og mestringstilbud ved LMS (1). Det er heller ikke tilstrekkelig oppmerksomhet om tilrettelegging for samiske pasienter i ordinær lærings- og mestringsvirksomhet i helseforetak og kommuner. Et eksempel på dette er kostholdskurs og diabeteskurs som ikke tar hensyn til samiske mattradisjoner.

Litteraturgjennomgangen viser at samhandling om helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen kun er omtalt i en publikasjon som viser til behov for språklig tilrettelegging og kulturforståelse (25). Ingen av samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner omhandler lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen. Samarbeidsavtalen angir at Helse Nord er gitt særlig ansvar for likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Avtalen mellom sametinget og Helse Nord omfatter ikke kommunale helse- og omsorgstjenester og inneholder ikke noe om lærings- og mestringsvirksomhet spesielt (26). Noen kommuner i Helse Nord hadde samarbeidsavtaler knyttet til helse- og omsorgstjenester for den samiske befolkningen, uten at læring og mestring var nevnt. Ingen av avtalene var publisert på kommunenes nettsider (26).

Oppsummert kan vi konkludere med at det i dag ikke er et tilstrekkelig lærings- og mestringsvirksomhet tilrettelagt for samiske pasienter. Det er i liten grad utviklet kulturtilpasset, relevant opplæringsmateriell til samiske pasienter og pårørende oversatt til alle tre samiske språk.

Tilrettelegging må i større grad ta utgangspunkt i hva som er betydningsfullt og verdifullt for den enkelte, inkludert blant annet forståelse og håndtering av sykdom, involvering av familie samt levesett og livsverden.

Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om utvikling av om lærings- og mestringstilbud tilpasset hvert av de samiske språkområdene. Sámi klinihkka bør gis oppdrag som nasjonalt ressurssenter i dette arbeidet:

- nord-samisk språkområde (Sámi Klinihkka)
- lulesamisk språkområde (Nordlandssykehuset)
- sørsamisk språkområde (St. Olav)

Virkemidler og tiltak som sikrer at helsepersonell som skal jobbe med samiske befolkning har/får tilstrekkelig kunnskap om samisk språk og kultur bør vurderes. Lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen må inngå i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner og samhandling om lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen må inngå i mandatet til helsefellesskapene.

6.0 Lærings- og mestringsvirksomhetens bidrag til økt helsekompetanse

I Nasjonal helse- og sykehusplan går det fram at ved revisjon av lærings- og mestringstjenestene skal det også gjøres en vurdering av hvordan de kan bidra til å heve helsekompetansen i befolkningen for øvrig (2) (s. 20).

God helsekompetanse anses som avgjørende for å realisere pasientens helsetjeneste og at helsekompetanse skaper forutsetninger for egenmestring og egenbehandling.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 har som mål at pasientene skal være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar, oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner og i større grad møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv (2). Videre er det en målsetting at Helsefelleskapene og det utadvendte sykehuset blir arenaer for læring.

I strategi for økt helsekompetanse i befolkningen (62:4) defineres helsekompetanse som:

> «(…) personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til levevaner, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten»

Studier viser at lærings- og mestringstilbud har innvirkning på bruk av helse- og omsorgstjenester i form av færre innleggelser (både reinnleggelser og akuttinnleggelser), færre konsultasjoner i poliklinikker og hos fastlege (63), bedre håndtering av egen helse (64). Det finnes også studier som viser at riktig medikamentbruk og kompetanse på hvordan en kan leve med sine helseplager, styrker evnen til å forebygge forverring av egen helse og sykdom (60). Mange pasienter og pårørende får imidlertid ikke nødvendig informasjon og støtte til å forstå medisinsk informasjon og navigere i et komplekst hjelpeapparat (65).

Internasjonale beregninger antyder at mangelfull helsekompetanse i befolkningen kan øke helseutgiftene med tre-fem prosent av det totale helsebudsjettet (62), samt at deltakelse i lærings- og mestringstilbud er effektivt for å kutte kostnader i helse- og omsorgstjenesten (63).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, å kartlegge helsekompetansen i befolkningen. Det vil foreligge en nasjonal rapport som angir status på området tidlig i 2021. Videre vil det bli gjennomført en kartlegging av helsekompetansevennlige organisasjoner/helse- og omsorgstjenester av styrker og svakheter ved helse- og omsorgstjenestenes tjenestestruktur og tilbud og hvorvidt de er tilpasset befolkningens helsekompetanse.

Det er særlig tre områder der lærings- og mestringstjenestene kan bidra til økt helsekompetanse i befolkningen [14](29):

6.1 Befolkningsrettet helseinformasjon

Helse og omsorgstjenesten skal, som andre sektorer, bidra i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet., blant annet gjennom veiledning og informasjon til befolkningen, og ved å

[14] Innspill fra arbeidsseminar, brukere og ansatte i helsetjenestene.

bidra i oversiktsarbeidet som en del av grunnlaget for kommunale planprosesser. Dokumentasjon fra helse- og omsorgstjenestenes lærings- og mestringsvirksomhet kan avdekke behov for tiltak både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesten kan initiere etablering og ta del i gjennomføring av nye tiltak i samarbeid med andre aktører (9). Helsefremming og forebygging i allmennpraksis kan gi viktige bidrag til den samlede folkehelsen (38).

Kommunale frisklivssentraler/frisklivs, – lærings- og mestringssentre gir råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Det gjøres blant annet gjennom åpne temamøter, artikler i lokalpresse og bruk av sosiale medier.

De kan også bidra til kompetanseheving i andre helse- og omsorgstjenester når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid, endring av levevaner og mestring av helseutfordringer (48).

Helsedirektoratet, brukerorganisasjoner og mange LMS i helseforetakene har utviklet digitalt opplysningsmateriell og selvhjelpsmateriell (for eksempel filmer, podcast, digitale kurs, apper) om og for mestring, og om spesifikke sykdommer. Lærings- og mestringstilbud kan gjennom slike verktøy være en del av «det utadrettede sykehuset» (2). Denne opplysningsvirksomheten kan utvides. Et annet eksempel på et befolkningsrettede tiltak er at sykehus arrangerer åpne temamøter om ulike diagnoser og bringer på den måten kunnskapsbasert informasjon ut til befolkningen, pasienter og pårørende. Foredrag som tidligere var på sykehusene flyttes til litteraturhus og folkebibliotek. Opplysningsarbeidet må imidlertid tilpasses målgrupper og deres helsekompetanse.

6.2 Brukermedvirkning og likepersonarbeid

Ved å involvere pasient- og brukerorganisasjoner og brukerutvalg/ungdomsråd ved helseforetakene i innsatsen for å videreutvikle helsekompetanse, kan tiltak bli mer treffsikre og nye målgrupper nås. Både i spesialist- og kommunehelsetjenesten har lærings- og mestringsvirksomheten erfaring fra aktiv brukermedvirkning i utvikling av nye tiltak (1).

Eksempelvis har noen lærings- og mestringssenter i spesialisthelsetjenesten systematisk samarbeid med pasient- og brukerorganisasjonene (1). De tilbyr opplæring i likepersonarbeid og legger til rette for drift av pasientvert-ordninger. Lærings og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten har også lang og god erfaring med systematisk brukermedvirkning på tjenestenivå i kursvirksomhet. Mange kommuner har tilbud om og/eller legger til rette for likepersonarbeid, og har utstrakt samarbeid med lokale brukerorganisasjoner om gjennomføring av tilbud (16;18). Erfaringskompetanse fra bruker og pasienter er også sentralt i utforming av materiell som brev, informasjon på nettsider, brosjyrer og skilting. Se også kapittel 5.2.

6.3 Opplæring i kommunikasjon og helsepedagogikk

Måten helsepersonell kommuniserer med pasienter på, kan bidra til å fremme eller hemme helsekompetanse. Det kan være et stor forskjell på hva helsepersonell tror pasienten har forstått, og hva pasienten faktisk har forstått. En persons helsekompetanse er erfarings- og situasjonsavhengig og knyttet til både utdanning og måten helseinformasjonen presenteres på. Kommunikasjon må tilpasses pasientens sykdomsforståelse og kunnskap om helse- og omsorgstjenesten.

Helsepedagogikk innebærer at helsepersonell har kunnskap om ulike pedagogiske virkemidler som fremmer interesse og motivasjon, og som legger til rette for at deltakere, i samarbeid med fagpersoner, kan utvikle ny kunnskap og handlingskompetanse. Individuell tilpasning knyttet til alder, funksjonsnedsettelser, språk og kulturkompetanse, pasienters mulighet til motta informasjon i ulike situasjoner og på ulike tidspunkt, er sentralt.

I det videre arbeidet med å øke helsekompetansen i befolkningen vil det være nødvendig å tydeliggjøre oppgave- og ansvarsfordeling. Det er et felles ansvar for hele helse- og omsorgstjenesten. Helsefellesskapene kan være et organisatorisk utgangspunkt. Samtidig bør det utvikles kunnskapsbaserte digitale verktøy og tilgangen på kvalitetssikret pasientrettet informasjon må forbedres. Informasjon må være tilpasset ulike målgrupper og deres helsekompetanse. Utviklingen bør følges opp av forskning på og evaluering av hvilken effekt deltakelse i lærings- og mestringstilbud har på brukernes helsekompetanse. Dette må ligge til grunn for utvikling av det videre tjenestetilbudet innen læring og mestring.

7.0 Oppsummering og veien videre

Forprosjektet har vurdert lærings- og virksomheten i et helhetsperspektiv og avdekket utfordringer og forbedringsområder

Det er potensiale for utvikling av nye tilbud og nye arbeidsmåter basert på ny teknologi og digitalisering. Helseforetak og kommuner må samarbeide om utvikling av lærings- og mestringstilbud tilpasset hvert av de samiske språkområdene, og det bør sees nærmere på hvordan lærings- og mestringstilbud bør tilpasses til personer med innvandrerbakgrunn.

Forprosjektene har tydeliggjort betydningen av at læring og mestringstjenster må bli en integrert del av alle tjenester og forløp slik at brukere, pasienter og pårørende får likeverdige tilbud av god kvalitet og opplever sammenhengende forløp og koordinerte tjenester. Det videre arbeidet må vurdere hovedretninger for hvilken oppgavedeling, ansvarsplassering og organisering av lærings- og mestringsvirksomheten som er mest hensiktsmessig for måloppnåelse.

Referanseliste

1. Deloitte. Lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten: en kartlegging. Oslo: Deloitte; 2020.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Meld. St. 7 (2019 – 2020). Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019). Oslo: Helse- og omsorgsdepartemenetet; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/revidert-oppdragsdokument-2019.pdf
4. Helse- og omsorgsdepartementet. E-post til: Helse Sør-Øst RHF og Helsedirektoratet, 6. desember 2019.
5. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret i: LOV-2019-12-20-103. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61
6. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Sist endret i: FOR-2018-04-10-556 fra 01.05.2018. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/
7. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i: LOV-2020-06-19-78. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30
8. Helsedirektoratet. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: nasjonal veileder [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 2. desember 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator
9. Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering, organisering og tilbud. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-1896. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf?download=false
10. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2020-06-19-79. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63
11. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret i: LOV-2019-04-10-11. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Kommunale helse- og omsorgstjenester [nettside]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/id10903/
13. Berg B. Nasjonal kartlegging av lærings- og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten: en spørreundersøkelse. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2016. NK LMH 1/2016. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/NK-LMH-Kartlegging-av-LMS_06122016.pdf
14. Martens CT, Veenstra M. Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune: fra dialog til avviksmelding? Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2015. NOVA Rapport 9/2015 Tilgjengelig fra: https://fagarkivet-hioa.archive.knowledgearc.net/handle/20.500.12199/5095
15. Berg B. Kommunal lærings- og mestringsvirksomhet: samlede resultater fra nasjonal kartlegging gjennomført i 2015. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2016. NK LMH 4/2016. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/Notat-kommunekartl-des-2016-ENDELIG-1.pdf
16. Ekornrud T, Thonstad M. Frisklivssentralar i kommunane: kartlegging og analyse av førebyggande og helsefremjande arbeid og tilbod. Oslo: SSB; 2016. Rapporter 2016/07.

Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/256787?_ts=15308376750
17. Norsk helsenett, Direktoratet for e-helse. Digital støtte til arbeidet i frisklivssentraler [upublisert ppt-presentasjon]. Oslo: Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse; 2019.
18. Statistisk sentalbyrå. Data fra KOSTRA 2019 Oslo: SSB; 2020.
19. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring. Pasient- og pårørendeopplæring. Hva? Hvorfor? Hvordan? For Hvem? Når? Og relaterte begreper. Kristiansand: Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring; 2020. Tilgjengelig fra: https://mestringforalle.no/wp-content/uploads/2020/11/Innsiktsdokument-Pasient-og-parorende.pdf
20. Helse Sør-Øst. Nasjonale, regionale og lokale utviklingsplaner [nettside]. Hamar: Helse Sør-Øst [oppdatert 26. november 2019; lest 10. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter/nasjonale-regionale-og-lokale-utviklingsplaner
21. Helse Vest. Regional utviklingsplan 2019-2035 [nettside]. Stavanger: Helse Vest [oppdatert 1. februar 2019; lest 10. november]. Tilgjengelig fra: https://helse-vest.no/om-oss/regional-utviklingsplan
22. Helse Nord. Regional utviklingsplan 2035 [nettside]. Bodø: Helse Nord [oppdatert 12. september 2019; lest 10. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/regional-utviklingsplan-2035
23. Helse Midt-Norge. Utviklingsplaner [nettside]. Stjørdal: Helse Midt-Norge [oppdatert 24. januar 2020; lest 10. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://helse-midt.no/helsefaglig/utviklingsplaner
24. Helse Nord. Spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkningen. Bodø: Helse Nord; 2020. Tilgjengelig fra: https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/Spesialisthelsetjenester%20til%20den%20samiske%20befolkningen/Strategidokumentet%20norsk.pdf
25. Bossy D, Bratli SA. Dokumentasjon om samhandling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet: en gjennomgang av norsk forskning og annen relevant litteratur. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2020. NKLMH 2/2020. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_Litteraturgjennomgang_NKLMH.pdf
26. Hvinden K, Sjøvik H. Hvordan ivaretar samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner oppgave- og ansvarsdeling knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet? En kartlegging av lovpålagte samarbeidsavtaler. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2020. NKLMH 1/2020. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2020/06/110520_Rapport_Kartlegging_samarbeidsavtaler_NK-LMH.pdf
27. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak: nasjonal veileder Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf
28. Helsedirektoratet. QB Erfaringer med samhandling i kommuner, helseforetak og brukerorganisasjoner Oslo: Helsedirektoratet; Under publisering 2020.
29. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring. Begreper og tilbud. Pakkeforløp. Koding. Økt helsekompetanse i befolkningen. Kristiansand: Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring; 2020. Tilgjengelig fra: https://mestringforalle.no/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-til-HSO-RHF-om-PPO.pdf
30. Helsedirektoratet. Brukermedvirkning [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 17. oktober 2017; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning
31. Kunnskapsbasert praksis [nettside]. Bergen og Oslo: Høgskolen i Bergen og Folkehelseinstituttet [oppdatert 2020; lest 18. desember 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis
32. Vågan A, Olsson ABS. Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse. Oslo: Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2018. NK LMH

1/2018. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/06/Rapport-begreper-og-teorier_ENDELIG.pdf
33. Helsedirektoratet. Pårørendeveileder: nasjonal veileder [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28. januar 2019; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder
34. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012–2013). Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/
35. Eika KH, Berg B. Dokumentasjon av gruppebaserte lærings- og mestringstilbod i sjukehusa: kartlegging av registreringspraksis, utfordringar og moglege tiltak. Oslo: Nasjonal Kompetanseteneste for læring og mestring innan helse; 2016. NK LMH 3/2016. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/Dokumentasjonsrapport-ny-versjon-060917.pdf
36. Helsedirektoratet. Tilskuddsordningen «Etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud 2015–2018». Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilskuddsordningen-etablering-og-utvikling-av-kommunale-frisklivs-laerings-og-mestringstilbud-20152018/
37. Helsedirektoratet. Utviklingssentraler. I: Etablering og organisering av frisklivssentraler [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 9. mars 2017; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/etablering-og-organisering-av-frisklivssentraler#utviklingssentraler
38. Rønnevik D-H, Pettersen B, Grimsmo A. Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid: som utøver og lyttepost. Haugesund/Trondheim: NTNU; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-endelig-nett.pdf
39. Innspill fra Helsedirektoratets Brukerråd og BrukerRop [upublisert]. 2020.
40. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Nasjonal oversikt over lærings- og mestringstjenester i kommunene [nettdokument]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse [oppdatert 2. juli 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/nasjonal-oversikt-over-laerings-og-mestringstjenester-i-kommunene/
41. Helsedirektoratet. 8.10. Frisklivssentralen. I: Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 11. april 2016; lest 18. desember 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helse-og-omsorgstjenester-for-bosatte-flyktninger-og-familiegjenforente/frisklivssentralen
42. Ekornrud T, Thonstad M. Frisklivssentralar i kommunane: ei kartlegging og analyse av førebyggande og helsefremjande arbeid og tilbod i norske kommunar i perioden 2013-2016. Oslo: SSB; 2018. Rapporter 2018/27. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/358702?_ts=16557397138
43. Helsedirektoratet. Frisklivssentraler: oppsummering av utviklingssentralenes arbeid 2014–2018 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 1. april 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/frisklivssentraler-oppsummering-av-utviklingssentralenes-arbeid-20142018
44. Innspill fra arbeidsseminar [upublisert]. Oslo: Helsedirektoratet; 2020.
45. Rommetvedt H, Nødland SI. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner – før og etter samhandlingsreformen. Tidsskrift for omsorgsforskning 2020;6(3):1-17.
46. Helse- og omsorgsdepartementet. Høring om forslag om å innføre krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester [nettdokument]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 25. august 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-forslag-om-a-innfore-krav-om-at-kommuner-og-helseforetak-skal-avtale-hvordan-de-sammen-skal-planlegge-og-utvikle-tjenester/id2736552/
47. fritid123.no: alle organiserte fritidsaktiviteter i Modum, Sigdal og Krødsherad [nettside]. Modum: Frisklivssentralen [oppdatert 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.fritid123.no/

48. Utviklingssentralene i samarbeid med Helsedirektoratet. Idebanken for frisklivssentraler [nettside]. [s.l.]: Frisklivssentralen [oppdatert 2016; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://idebank.frisklivssentralen.no/
49. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Lærings- og mestringssentre i helseforetakene [nettside]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse [oppdatert 18. mars 2020; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/organisering/oversikt-helseforetakene/
50. Helsedirektoratet. Avstandsoppfølging og bruk av digitale verktøy i kommunale frisklivssentraler [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 19. november 2020; lest 19. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/avstandsoppfolging-og-bruk-av-digitale-verktoy-i-kommunale-frisklivssentraler
51. Tilbakemelding fra ressursgruppe i spesialisthelsetjenesten, ledernettverk og brukerutvalg [upublisert]. 2020.
52. helsenorge.no. Bare du...kan si ja til endringer: hjelp til å endre helsevaner og livsstil [nettside]. Oslo: helsenorge.no [oppdatert 2020; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.helsenorge.no/baredu
53. Diabetesforbundet. Kurs på nett [nettside]. Oslo: Diabetesforbundet [oppdatert 2020; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.diabetes.no/tilbud-til-deg/kurs-pa-nett/
54. Diabetesforbundet, Helsedirektoratet. Diabetes type 2: slik lever du godt med sykdommen [nettbasert kurs]. Oslo: Diabetesforbundet [oppdatert 2020; lest 18. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.diabetes.no/tilbud-til-deg/kurs-pa-nett/
55. Vågan A, Børve HB. «Erfarne brukere og fagpersoner må ha tillit til hverandre og ha avklart rollene de har i dette feltet. Begge perspektivene trengs for å skape gode tilbud.» Fokusgruppeintervju om kurs i helsepedagogikk. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2016. NK LMH 2/2016. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/12/Fokusgruppenotat-161016_ENDELIG-2.pdf
56. Henriksen A-H. Evaluering av fem dagers kurs i helsepedagogikk: Trondheim, september og oktober 2019. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 2020. NKLMH 3/2020. Tilgjengelig fra: https://mestring.no/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_kursevaluering_final.pdf
57. Vågan A, Eika K, Skirbekk H. Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. Sykepleien Forskning 2016;11(e-59702):1-12.
58. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842. Sist endret i: FOR-2018-03-02-316 fra 01.04.2018. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842
59. Helse- og omsorgsdepartementet. NCD-strategi 2013-2017: for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf
60. Folkehelseinstituttet. Ti store folkehelseutfordringer i Norge: hva sier analyse av sykdomsbyrde? Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf
61. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldinga: gode liv i eit trygt samfunn. Meld. St. 19 (2018–2019). Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/
62. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf
63. Stenberg U, Vågan A, Flink M, Lynggaard V, Fredriksen K, Westermann KF, et al. Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. Patient Educ Couns 2018;101(6):1006-35.
64. Stenberg U, Haaland-Øverby M, Fredriksen K, Westermann KF, Kvisvik T. A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at

promoting self-management for people living with chronic illness. Patient Educ Couns 2016;99(11):1759-71.
65. Stenberg U. Høy helsekompetanse gir økonomiske gevinster [nettartikkel]. Oslo: Dagens Medisin [oppdatert 24. september 2020; lest 9. november 2020]. Tilgjengelig fra: https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/09/26/hoy-helsekompetanse-gir-okonomisk-gevinst/

Møtedato: 11. mars 2019

Saksnr.:	Saksbeh./tlf.:	Sted/dato:
2020/999-19	Hilde Normann, 75 51 29 00	Bodø, 04.03.2021

RBU-sak 24–2021 Årsrapport 2020 - Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF

Bakgrunn:
Vedlagt oversendes Årsrapport 2020 for Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF. Rapporten legges frem til godkjenning i Regionalt brukerutvalg, før den oversendes til styret i Helse Nord RHF.

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

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF godkjenner *Årsrapport 2020 - Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF* (ev. med de endringer som kom frem under behandling av saken).

Bodø, 4. mars 2019

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:
Årsrapport 2020 Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF

HELSE NORD | DAVVIDEARVVAŠVUOHTA VARRESVUOHTA NUORTTA HEALSOE NOERHTE

Regionalt Brukerutvalg Helse Nord RHF

Årsrapport 2020

Mars 2021
Behandlet av RBU 11032021

Innhold

1. Sammendrag 2

2. Mandat for Regionalt brukerutvalg 3

3. Sammensetning 4

3.1 Medlemmer i RBU i 2020 4

3.1.1 Medlemmer i RBU 2018-20 4

3.1.2 Medlemmer i RBU 2020-22 5

3.1.3 Varamedlemmer – endringer i ordningen 5

3.1.4 Fra administrasjonen 5

3.2 Arbeidsutvalgene i RBU (AU) 6

3.3 Representasjon i styret i HN RHF 6

4. Aktivitet 6

4.1 Faste saker i RBU 6

4.2 Andre viktige saker i 2020 6

4.3 Møte med brukerutvalg og ungdomsråd i HF-ene 7

4.4 Samarbeid med RBU i andre regioner 8

4.5 Brukerrepresentasjon i råd, utvalg, komiteer og arbeidsgrupper: 9

Regionale oppnevninger i 2020: 9

Interregionale oppnevninger 2020 10

5. Oppsummering, ved RBUs leder 11

Ordliste/forklaring 13

1. Sammendrag

Dette er årsrapport for Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Nord RHF for 2020.

RBU 2018-2020 hadde 11 medlemmer og 11 varamedlemmer. RBU 2020-2022 ble oppnevnt i september 2020, noe forsinket grunnet koronasituasjonen. RBU 2020-2022 har 11 medlemmer og 3 varamedlemmer. RBU har vært ledet av Knut Georg Hartviksen fra FFO Nordland (Diabetesforbundet). Rapporten gir en oversikt over Regionalt brukerutvalgs virksomhet i 2020.

2. Mandat for Regionalt brukerutvalg

Regionalt Brukerutvalg (RBU) ble besluttet opprettet i *styresak 22/2002 Etablering av brukerutvalg i Helse Nord RHF*. Også RBUs mandat er vedtatt av styret i Helse Nord RHF:[1]

Brukerutvalget skal bidra til å oppnå:

- helsetjenester av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonsnedsettelse
- god samhandling, og gode helthetlige pasientforløp
- god medvirkning fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner
- samarbeid mellom brukerutvalg

Brukerutvalget skal være:

- et rådgivende organ for styret og administrerende direktør, i saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende i virksomhetsområdet
- et forum for tilbakemelding fra pasienter og pårørende om generaliserte erfaringer innenfor helseforetakets ansvarsområde og oppgaver
- et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjoner

Brukerutvalgets oppgaver er å:

- følge med på helseforetakets årshjul og bidra i mål- og strategiarbeid, hoved-prosesser, forbedrings- og omstillingsprosesser og i øvrige faglige prosjekter og delta/medvirke/bidra i råd og utvalg i alle saker som angår tjenestetilbudet
- fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende
- lage årsrapport om egen virksomhet
- avgi høringsuttalelser til relevante planer og utredninger
- møte på helseforetakets styremøter i henhold til punkt 1C
- etter invitasjon, foreslå brukerrepresentanter fra brukerutvalg eller organisasjoner til plan og prosjektarbeid, råd og utvalg.
- etter behov og avtale, arrangere og/eller delta på relevante kurs og konferanser
- ved behov samarbeide med andre brukerutvalg, og brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter i kommunene
- ha kontakt med bruker- og pasientombud i opptaksområdet, og bidra til at helseforetaket følger opp deres årsrapporter
- evaluere egen virksomhet minst en gang i løpet av funksjonsperioden
- sette opp årlig møteplan i samarbeid med administrasjonen

[1] Styresak 15-2017 Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå. Mandatet hentet fra *Brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak – veiledende retningslinjer*, som ligger som vedlegg til saken

3. Sammensetning

RBU følger styrets valgperiode. Styret i Helse Nord RHF oppnevnte RBU 2018 – 2020 i april 2018[2]styresak 56-2018. I ledermøtet 3. desember 2019 ble det foreslått endringer i drift og oppnevning av RBU fra kommende periode. RBU 2020–2022 ble oppnevnt i august[3].

3.1 Medlemmer i RBU i 2020

RBU 2018-2020 fikk forlenget sin periode med ca 6 måneder grunnet korona (ledermøtesak 115/2020). RBU 2020-2022 hadde sitt første møte i september 2020.

3.1.1 Medlemmer i RBU 2018-20

Leder:

Knut Hartviksen, Gullesfjord	FFO[4] Nordland (Diabetesforbundet)

Nestleder:

Gunn Strand Hutchinson, Bodø	SAFO[5] (NFU)

Medlemmer:

Gunhild Berglen, Svanvik	FFO Finnmark (Autismeforeningen)
Else Marie Isaksen, Karasjok	FFO Finnmark (HLF)
Leif Birger Mækinen, Alta	FFO Finnmark (LHL)
Ole-Marius Minde Johnsen, Tomasjord	FFO Troms (Mental Helse)
Asbjørn Larsen, Tromsø	TSB/RIO
Elisabeth Sundkvist, Tromsø	Kreftforeningen
Hedvig Hegna, Harstad	Pensjonistforbundet Troms
Arne Vassbotn, Sortland	Pensjonistforbundet Nordland
Marianne Pantdalsli Brekke, Fauske	FFO Nordland (NRF)

Varamedlemmer 2018-2020

Olav Aulborg, Bodø	FFO Nordland (HLF)
Nina Danielsen, Kirkenes	FFO Finnmark (NAAF)
Arne Eriksen, Krokelvdal	FFO Finnmark (Blindeforbundet)
Elen Valborg Vuolab, Karasjok	FFO Finnmark (NAAF)
Harry Lind, Hemnes	FFO Nordland (HLF)
Eva Marie Johansen, Lakselv	FFO Finnmark (Diabetesforbundet)
Barbro Holmstad, Ankene	SAFO
Wibecke Årst, Tromsø	MARBORG – brukerorganisasjon på rusfeltet

[2] Styresak 56-2018 Oppnevning av regionalt brukerutvalg 2018-2020
[3] Styresak 103-2020 Oppnevning av Regionalt brukerutvalg 2020-2022
[4] Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
[5] Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner

Brage Larsen Sollund, Tromsø	Kreftforeningen
Isak Thomas Triumf, Kautokeino	Pensjonistforbundet Finnmark
Aina Hansen, Lakselv	Pensjonistforbundet Finnmark

3.1.2 Medlemmer i RBU 2020-22

Leder:

Knut Hartviksen, Gullesfjord	FFO Nordland (Diabetesforbundet)

Nestleder:

Laila Edvardsen, Tromsø	SAFO (NFU)

Medlemmer:

Gunhild Berglen, Svanvik	FFO Finnmark (Autismeforeningen)
Leif Birger Mækinen, Alta	FFO Finnmark (LHL)
Ole-Marius Minde Johnsen, Tomasjord	FFO Troms (Mental Helse)
Arne Vassbotn, Sortland	Pensjonistforbundet Nordland
Kitt Anne Jorid Hansen, Bodø	RIO[6]
Barbro Holmstad, Narvik	SAFO
Nikolai Raabye Haugen, Andenes	Unge funksjonshemmede
Ester Marie Fjellheim, Tromsø	Sametingets eldreråd
Karen Agnete Hagland, Mo i Rana	Kreftforeningen

Varamedlemmer 20-22

Åse Senning, Sandnessjøen	FFO Nordland (Revmatikerforbundet)
Elen Valborg Vuolab, Karasjok	FFO Finnmark (NAAF)
Hege Johannessen, Narvik	FFO Nordland (ME-forbundet)

Anne Thoresen fra Narvik var i styresaken innstilt som 3. vara, men fikk et arbeidsforhold i ett av sykehusene og kunne ifølge RBUs retningslinjer derfor ikke oppnevnes. Hege Johannessen er ny 3. vara.

3.1.3 Varamedlemmer – endringer i ordningen

Vararepresentasjonsordningen ble i 2020 endret fra en ordning med personlig vara, til at RBU har 3 faste varamedlemmer. Bakgrunnen for forslaget er behovet for god opplæring og kontinuitet i Regionalt brukerutvalg[7].

3.1.4 Fra administrasjonen

Fagdirektør Geir Tollåli,
Rådgiver Kari Bøckmann (sekretær)
Rådgiver Tone Amundsen
Rådgiver Linn Gros
Konsulent Hilde Normann

[6] Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
[7] Styresak 103-2020 Oppnevning av Regionalt brukerutvalg 2020-2022

3.2 Arbeidsutvalgene i RBU (AU)

Arbeidsutvalget 2018-2020:
Leder Knut Hartviksen, nestleder Gunn Strand Hutchinson og medlem Asbjørn Larsen
Arbeidsutvalget 2020-2022:
Leder Knut Hartviksen, nestleder Laila Edvardsen, medlem Nikolai Raabye Haugen og medlem Gunnhild Berglen

3.3 Representasjon i Styret i HN RHF

Leder av RBU er observatør med tale- og forslagsrett i Helse Nord RHF sitt styre. Leder og nestleder i RBU og ledere i BU er invitert til å delta på styreseminarene i Helse Nord RHF.

4. Aktivitet

RBU avholdt 8 ordinære møter og behandlet 89 saker i 2020. I tillegg ble det avholdt et særskilt møte i forbindelse med oppdragsdokumentet 2021.

Fagavdelingen i Helse Nord RHF overtok ansvaret for drift av RBU fra administrasjons-avdelingen i september 2019. Fagdirektør har siden deltatt fast i RBU-møtene. Det er levert saker fra de fleste avdelingene i Helse Nord RHF. Saksbehandlerne stiller som innledere og deltar på drøftinger. Administrerende direktør Cecilie Daae har deltatt på de fleste møtene i RBU i 2020.

Det er avholdt 8 formelle møter i arbeidsutvalget i 2020.

4.1 Faste saker i RBU

- Årlig melding
- Oppdragsdokument
- Budsjett og økonomisk langtidsplan (ØLP)
- Oppdragsdokumentet for påfølgende år
- Tilskudd til pasient- og brukerorganisasjoner
- Tertialrapporter
- Oppnevninger av brukerrepresentanter til prosjekter, råd og utvalg

4.2 Andre viktige saker i 2020

- Ny forsknings- og innovasjonsstrategi i Helse Nord
- Fagrådene i Helse Nord – status
- Framtidig organisering av pasientreiseområdet
- Revisjon av lærings- og mestringstjenestene i Norge
- Vurdering av behovet for permanent ambulansehelikopter i Kirkenes

- Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen
- Utvikling av spesialisthelsetilbudet i Klinikk Alta
- Pasientreiser og ledsagere. Bekymringsmelding
- Henvendelser til Pasient- og brukerombudene i Nord-Norge under koronapandemien.
- Brukermedvirkning, pasientkommunikasjon og brukererfaringer under koronapandemien. Evaluering
- Anskaffelse av Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – status
- E-læringskurs for brukerrepresentanter i forskning
- Evaluering av beredskapsarbeidet ved Koronapandemien
- Håndtering av helseforskningsdata. Høring
- Persontilpasset medisin
- Organisasjonsutvikling og strategiarbeid i Helse Nord RHF
- Plan for internrevisjon 2021-22
- Basestruktur for ambulansehelikopter – gjennomgang
- Samvalg
- Prosjekt veiledende behandlingsplaner i Helse Nord
- Anskaffelse pasienttransport 2021 - innretning og prosess
- Endring av Widerøes flyruter – konsekvenser for pasientreiser og pasientsikkerhet
- Evaluering av regional diabetesplan
- Fremtidens Systemer i Klinikkene
- Dokumentdeling i kjernejournal

4.3 Møte med brukerutvalg og ungdomsråd i HF-ene

RBU gjennomfører ett møte med ledere og nestledere i helseforetakenes Brukerutvalg og Ungdomsråd i november hvert år. I år ble også dette møtet gjennomført digitalt. Invitasjonen til å delta ble derfor utvidet til også ordinære medlemmer, samt sekretærene for alle aktuelle organer.

Tema for møtet i år var persontilpasset medisin og samvalg. I tillegg ble prosessen rundt oppdragsdokumentet, oppstart av prosess for regional avstemming av honorering av brukermedvirkning og brukerkonferansen diskutert.

Møtet ble i etterkant diskutert i RBU. Følgende vedtak[8] ble fattet:

1. Regionalt brukerutvalg tar innspill fra møtet med ledere og nestledere i regionens brukerutvalg og ungdomsråd til orientering.

2. Digitale fellesmøter fungerte godt men fysiske møter ønskes primært.

[8] RBU sak 85-2020 Oppsummering etter fellesmøte mellom brukerutvalg og ungdomsråd i Helse Nord

3. RBU vil i etterkant av fellesmøtet etterspørre innspill fra brukerutvalgene og ungdomsrådene om honorering av brukermedvirkning, og innspill til brukerkonferansen 2021.

4.4 Samarbeid med RBU i andre regioner

Ledere, nestledere og sekretærer i de regionale brukerutvalgene møtes noen ganger i året for å diskutere saker som er felles for alle regionene. I 2020 ble det gjennomført to møter (september og oktober).

Av sakene på disse møtene nevnes:

- Oppdragsdokumentet 2021
- Hvordan involveres brukerutvalgene i forbindelse med Covid-19 situasjonen
- Felles retningslinje for brukermedvirkning på systemnivå
- Gjennomgang av interregionale oppnevninger
- Rehabilitering av Covid-19 pasienter
- Brukermedvirkning i felleseide foretak

Møte med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

HOD inviterer hvert år alle regionale brukerutvalg til å komme med innspill til neste års oppdrags-dokument (OD) til de regionale helseforetakene. Dette møtet ble avholdt 2. november 2020. I forkant hadde de fire RBU-lederne diskutert mulige innspill, og blitt enige om noen få saker som alle regionene skulle fronte. I tillegg fikk hver region lagt frem egne innspill. RBU erfarer at HOD tar innspillene fra de regionale brukerutvalgene med seg i utformingen av OD.

4.5 Brukerrepresentasjon i råd, utvalg, komiteer og arbeidsgrupper:

Regionale oppnevninger i 2020:

Utvalg/råd/referansegruppe
Anskaffelse av tjenester innen habilitering, arbeidsgruppe
Anskaffelse Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)
Arbeidsgruppe: Anbudskonkurransen for landeveistransport (3 representanter)
Barn som pårørende, interregionalt prosjekt
BU Sykehusapotek Nord 2020-2022
God klinisk praksis og behov for normering ved bruk av kunstig intelligens.
Implementering av behandlingslinje for ervervet hjerneskade for barn og unge i Helse Nord - workshop
Kreativt verksted - nye arealer psykisk helsevern og rusbehandling
Møte om forskning
Møte om rettighetsvurdering innen rusfeltet (3 representanter)
Nasjonalt prosjekt om lærings- og mestringstjenestene - Styringsgruppe
Ny kreftplan Helse Nord (8 representanter i ulike delplangrupper)
Nye Bodø flyplass (4 representanter)
Prosjekt veiledende behandlingsplaner i Helse Nord - referansegruppe
Prosjekt veiledende behandlingsplaner i Helse Nord - styringsgruppe
Referansegruppe til Helse Nords evaluering av beredskapsarbeidet ifm Covid-19 (3 representanter)
Referansegruppen i arbeidet med Helse Nords overordnede strategi (2 representanter)
Regionalt fagråd for hudsykdommer
Regionalt fagråd for pasient- og pårørendeopplæring (2 representanter)
Regionalt fagråd psykisk helse for voksne i Helse Nord

Regionalt prosjekt for persontilpasset medisin
Revisjon av handlingsplan for intensivmedisin i Helse Nord
USAM, samarbeidsorganet for forskning og innovasjon 2020-2022
Såkornsmidler til kvalitetsprosjekter i helseforetakene i Helse Nord - arbeidsgruppe

Interregionale oppnevninger 2020

Pågående arbeid pr årskiftet 2021;

Oppdrag	***Status***	**RBU:**
Pasientreiser HF, brukerutvalget	*Pågår*	Helse Nord
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse	*Pågår*	Helse Nord
Gastronet fagråd	*Pågår*	Helse Nord
Nasjonal arbeidsgruppe felles retningslinjer Forskningsprosjekter	*Pågår*	Helse Nord
Styringsgruppe for nasjonalt samordnet spesialistutdanning for leger	*Pågår*	Helse Nord
Barns Beste - Nasjonale nettverk for koordinatorer av barn som pårørende arbeid i spesialisthelsetjenesten	*Pågår*	Helse Nord
Nasjonal programkomite for langsiktig program for klinisk behandlingsforskning - vara	*Pågår*	Helse Nord
Deltakelse i arbeid - nasjonal brukermedvirkningsveileder i helseforskning	*Pågår*	Helse Nord
Nasjonal Kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIBs) faglige referansegruppe og det nasjonale forskningsnettverket	*Pågår*	Helse Nord
Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocyttimmunologi	*Pågår*	Helse Nord
Interregional styringsgruppe crcscreening	*Pågår*	Helse Nord
Nasjonal utarbeidelse av Konseptprogram for akuttmottak	*Pågår*	Helse Nord
Prosjektgruppe for utredning av organisering av pasientreiseområdet	*Pågår*	Helse Nord
LIS - MS spesialistgruppe	*Pågår*	Helse Nord
Arbeidsgruppe om prioriteringsutfordringer innen helse og arbeid	*Pågår*	Helse Nord
Nasjonal arbeidsgruppe, program for regelmessige netthinneundersøkelser for diabetisk retinopati	*Pågår*	Helse Nord
Forprosjekt læring og mestring i spesialisthelsetjenesten - styringsgruppe	*Pågår*	Helse Nord
Involvering i nasjonalt oppdrag NEXT	*Pågår*	Helse Nord

5. Oppsummering, ved RBUs leder

År 2020 var knapt startet da landet vårt ble invadert av koronaviruset i mars 2020. I Helse Nord hadde vi nettopp takket av tidligere administrerende direktør Lars Vorland, og ønsket velkommen vår nye toppsjef, Cecilie Daae. Regionalt brukerutvalg (RBU) avholdt årets andre møte den 12. mars. Dagen etter stoppet landet opp. Fra da har alle møter blitt gjennomført digitalt.

RBU velges for to år av gangen. RBU (2018-2020) skulle etter planen fratre i april, og nytt RBU konstitueres i mai. På grunn av koronasituasjonen ble det tidligere RBU bedt om å fortsette i frem til høsten. Den 17 september hadde RBU (2020-2022) sitt første Teams-møte, og vi har ennå ikke møtt hverandre fysisk. Første Teams-møte gikk veldig bra - medlemmene var aktivt med i diskusjonene, og kom med gode innspill til vedtak. Det spesielle i det nye RBU, er at vi for første gang har fått inn en ungdomsrepresentant og en samisk representant, foreslått av Sametinget. Tross koronasituasjonen og manglende fysiske møter, har møtene blitt gjennomført i henhold til møteplanen, og saksbehandlingen vært like grundig. Til tross for dette vet jeg at alle i RBU ser frem til vårt første fysiske møte, det å kunne møtes ansikt til ansikt, og bli enda bedre kjent med hverandre.

Det siste trekvart året har vært utfordrende, både for brukere og for helsevesenet. Landet har vært delvis nedstengt i perioden. Dette har gått hardt utover flere grupper. Flere pasienter ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og rus før fullført behandling, uten at tilbudet i hjemkommunene nødvendigvis var klart. Smitteverntiltak på sykehusene har gjort det vanskelig for pasienter å ha med ledsager. Det blir ekstra utfordrende for de aller svakeste pasientgruppene, som også mistet mange andre tilbud hjemme i kommunene.

Det har etter hvert kommet på plass rutiner som sikrer ledsager for dem som trenger tolk, har kognitive vansker og de som må ha ledsager for å kunne ta imot behandling. Det har vært vanskelig for pasienter som har blitt sendt med ambulansefly og ambulansebåt til sykehus, og ikke kunne ha nære pårørende hos seg under transport og på sykehuset. Vi er takknemlige for at tiltakene er lettet på for pasienter i livets siste fase.

Det har vært, og er fremdeles, vanskelig for mange fødende, der det er strenge regler for partners tilstedeværelse på sykehuset. Fødsel og barseltid er krevende, og ekstra vanskelig om man må være alene på sykehuset de første dagene.
Det sees store utfordringer hos flere pasientgrupper som en følge av begrensende smitteverntiltak. Det kan være stengte skoler og fritidsaktiviteter, besøksrestriksjoner og endringer i bemanning i kommunen, og den sosiale isolasjonen som vi har levd med lenge. RBU ser med uro på fortellinger om økende psykiske plager hos barn og unge, og

om at stengte skoler gjør hverdagen svært vanskelig for de mest utsatte barna. Helsevesenet må ruste seg til å ta vare på disse når de kommer som pasienter.
Det bør forskes på forebyggende tiltak for barn og unge under en pandemi, slik at vi kan være bedre forberedt neste gang. Forebygging av helseplager og sykdom må bli et satsningsområde i helsevesenet.

Det har vært innstilling av flyvinger og store endringer i tilbudet fra de fleste flyplasser i landsdelen. Dette har gjort at mange pasienter har måtte avlyse tildelt time på sykehus, eller har brukt lang tid og fått større kostnader for å få gjennomført behandling. Ventelistene har blitt lengre, og samtidig har færre oppsøkt fastlegen. RBU er opptatt av at det må brukes ressurser i å redusere ventelistene og hjelpe alle de som har ventet på grunn av koronaviruset. De pasientene som får langvarige vansker etter gjennomgått koronasykdom må få god oppfølging og rehabilitering her i nord.

Helsevesenet har hatt delvis problemer med å opprettholde beredskapen på grunn av mangel på helsepersonell og da spesielt intensivsykepleiere. I dag vet vi at det må satses på å utdanne nok helsepersonell her i nord, slik at det store behovet for vikarer bortfaller. Vi må motivere vår egen ungdom til å velge en helsefaglig utdanning, og bli boende i landsdelen. RBU har hatt god dialog med Helse Nord RHF om beredskap og smitteverntiltak det siste året. Vi opplever at brukermedvirkning får bredere plass og at vi blir lyttet til. Det er vårt ønske at vi de neste årene kan se brukermedvirkning som en naturlig og integrert del av stadig nye områder som innkjøp og forskning, og at erfaringskonsulenter blir ansatt i ulike deler av virksomheten. Vår brukerkunnskap er viktig å ha med.

Når først vi skulle bli rammet av dette viruset, må jeg bare si at Helse Nord har vært heldig med ansettelse av administrerende direktør Cecilie Daae. Hun kom fra stillingen som leder av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, og har beredskap som et av sine spesialfelt. Beredskapen var ikke dimensjonert for denne epidemien, og RBU ser frem til en solid oppbygging av beredskapen i Helse Nord, med Cecilie Daae`s hånd på rattet.

Avslutningsvis håper RBU at vaksinering av befolkningen kommer skikkelig i gang, slik at flest mulig blir beskyttet, og at samfunnet etter hvert kan åpnes og komme tilbake til normalen.

Knut Georg Hartviksen
Leder Regional brukerutvalg Helse Nord RHF

Ordliste/forklaring

Helseforetak

Helseforetak er en samlebetegnelse på regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF) som ble opprettet etter at staten tok over ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1. januar 2002.

I 2019 var det i Norge 20 helseforetak som drev med sykehustjenester. I tillegg er det til sammen ti foretak som yter støttetjenester i de ulike regionale helseforetakene og seks som yter fellestjenester på nasjonal basis[9].

Helse Nord består av seks helseforetak. Fire av dem er sykehusforetak, som gir pasientbehandling (Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset). I tillegg har vi Sykehusapotek Nord som leverer medisiner til helseforetakene og er åpent for publikum, og Helse Nord IKT som drifter og forvalter våre felles IKT-systemer. Alle helseforetakene, med unntak av Helse Nord IKT, har egne brukerutvalg.

Helse Nord vs. Helse Nord RHF

I begrepet «Helse Nord» omfattes alle helseforetak i Nordland og Troms og Finnmark. «Helse Nord RHF» omfatter det regionale helseforetaket særskilt.

Oppdragsdokument (OD)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) styrer spesialisthelsetjenesten blant annet gjennom oppdragsdokumenter. Oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene gis normalt ut en gang per år, like etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget. Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene har to formål:

- HOD stiller styringskrav til de regionale helseforetakene
- Midlene i Stortingets budsjettvedtak blir formelt stilt til RHF'enes disposisjon

Oppdragsdokumentene sendes normalt ut en gang i året.

[9] Ref. Store norske medisinske leksikon

Møtedato: 11. mars 2019

Saksnr.:	Saksbeh./tlf.:	Sted/dato:
2020/999-19	Kari Bøckmann/91196023	Bodø, 2. mars 2021

RBU-sak 25–2021 Pasient- og brukererfaringer under koronapandemien 2020 - Orientering om Helsetilsynets rapport 6/2020

Formål med behandlingen i RBU:
Saken har to formål:

1. Orientere om Helsetilsynets rapport 6/2020 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under pandemien 2020.
2. Drøfte hovedfunn.

Sakens innhold og problemstillinger
Helsetilsynets lanserte i november rapporten Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020. Helsetilsynets oppsummeringer og vurderinger omhandler særlig sårbare grupper, informasjon og medvirkning, sosial kontakt for mennesker som bor i bemannet bolig samt «pårørende på strekk».

Hovedfunn fra rapporten presenteres i møtet. Også andre kartlegginger av pasient- og brukererfaringer samt evalueringer fra bl.a. pasient- og brukerorganisasjoner og pasient- og brukerombudene i Nord-Norge vil omtales i saken.

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

1. Regionalt brukerutvalg tar Helsetilsynets rapport om pasient- og brukererfaringer under koronapandemien 2020 til orientering.

Bodø, 4. mars 2019

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:
Helsetilsynets rapport 6/2020 Pasient og brukererfaringer under koronapandemien 2020

Samlerapport fra
spørreundersøkelse
og fokusgruppeintervju

Samarbeidsprosjekt mellom
Brukerrådet i Helsetilsynet
og Statens helsetilsyn

Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020

Helsetilsynet
TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

RAPPORT 6/2020 • NOVEMBER 2020

Innhold

	Sammendrag	06
1	**Innledning**	09
1.1	Formål med undersøkelsen	10
1.2	Hva gjorde vi?	10
1.3	En samlerapport, to delrapporter	12
1.3	Innholdet i denne rapporten	12
1.4	Personvern	13
2	**Resultater**	14
2.1	Hvem er med i undersøkelsen?	14
2.2	Mange har fått mindre tjenester, noen er mer sårbare enn andre	15
2.2.1	Mer enn halvparten har opplevd betydelig reduksjon i tjenestene	15
2.2.2	Sårbare grupper oppgir dårligere helse	17
2.2.3	Sårbare grupper oppgir dårligere livskvalitet	18
2.2.4	Mange som har fått mindre tjenester, har ikke fått dem tilbake	20
2.3	De som bor i bemannet bolig	22
2.4	Å være pårørende under pandemien	24
2.4.1	Pårørende har gitt mer hjelp og bistand under pandemien	24
2.4.2	Å være både bruker og pårørende på samme tid, gir dobbel uro	26
2.5	Informasjon og brukermedvirkning ved tjenesteendringer under pandemien	26
2.5.1	De som har fått mindre tjenester, har verken fått informasjon eller fått medvirke	27
2.5.2	For lite informasjon skaper utrygghet og uforutsigbarhet	28
2.6	Alternativer til fysisk møte	29
2.6.1	For få svar fra spørreundersøkelsen	29
2.6.2	Fysiske møter så langt det lar seg gjøre	29
3	**Voksne for barn: Å være ung i pandemiens tid**	32
3.1	Om Voksne for Barn og Ungt nettverk	32
3.2	Fra fysiske til digitale samlinger	32
3.3	Fokusgruppeintervju	33
3.4	For dårlig og for sen informasjon	34

Innhold

3.5	Større kreativitet for å organisere fysiske møter	35
3.6	Hva er det som virker	35
4	**Norsk Forbund for Utviklingshemmede: Stresstesten**	36
5	**Norges Parkinsonforbund: Mangelfullt tjenestetilbud og redusert livskvalitet og helse for mange med parkinson under pandemien**	38
5.1	Brukerundersøkelse i samarbeid Helsetilsynet - presentasjon av data fra personer med parkinson	38
5.2	Et mangelfullt tjenestetilbud fører til en redusert helse	38
5.3	Redusert livskvalitet	38
5.4	Pårørende	39
5.5	Andre erfaringer fra pandemien	39
5.6	Forbedringspotensialer	41
6	**Kreftforeningen: Koronapandemiens konsekvenser for kreftpasienter og pårørende**	42
6.1	Endringer i planlagt behandling og kontroller og et mangelfullt rehabiliteringstilbud	43
6.2	Oppsummering av resultater og andre erfaringer	44
6.3	Hva nå?	46
7	**Helsetilsynets oppsummering og vurderinger**	48
7.1	Får sårbare brukere tilstrekkelig med tjenester til å få dekket sine grunnleggende behov?	48
7.2	Informasjon og medvirkning er ekstra viktig ved reduksjon i tjenester	49
7.3	De som bor i bemannet bolig har samme behov for sosial kontakt som andre – også under pandemien	50
7.4	Pårørende på strekk når de må kompensere for reduserte tjenester over lang tid	51
8	**Litteratur**	52
9	**Samisk og engelsk sammendrag**	53

Figurregister

Figur 1	Opplevd endringer i tjenestene, etter sårbare grupper og øvrige
Figur 2	Helse under pandemien sammenlignet med tidligere, etter sårbare grupper og øvrige
Figur 3	Helse under pandemien, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke
Figur 4	Livskvalitet under pandemien sammenlignet med tidligere, etter sårbare grupper og øvrige
Figur 5	Livskvalitet under pandemien, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke
Figur 6	Tilgang til tjenester nå, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke
Figur 7	Tilgang på tjenester nå, etter sårbare grupper og øvrige
Figur 8	Ulike erfaringer under pandemien, for de som bor i bemannet bolig
Figur 9	Gjort mer eller mindre arbeid som pårørende, etter sårbare grupper og øvrige
Figur 10	Gjort mer eller mindre arbeid som pårørende, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke
Figur 11	Fått informasjon om endringer, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke
Figur 12	Fikk medvirke ved endringer, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke

Del 1
Innledning og resultater

Sammendrag

«Mer enn halvparten av respondentene i undersøkelsen svarer at de har fått mindre tjenester under pandemien. Mange rapporterer om dårligere helse og livskvalitet.»

Koronapandemien og smitteverntiltakene som trådte i kraft 12.mars 2020, fikk umiddelbare konsekvenser for brukere, pasienter og pårørende med behov for helse- og velferdstjenester. Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynet innledet et samarbeidsprosjekt om innsamling av brukererfaringer under pandemien. Rapporten beskriver resultater og vurderinger fra undersøkelsen. Alle organisasjonene som deltok i undersøkelsen fikk mulighet til å skrive egne tekstbidrag i rapporten.

Hensikten med undersøkelsen har vært å løfte fram brukeres erfaringer med tjenestetilbudet under koronapandemien. Vi ville belyse endringer i tjenestene og de konsekvenser summen av endringer har hatt for brukere og pasienters helse og livskvalitet.

Brukerperspektivet er særlig nyttig for å forstå konsekvenser av smitteverntiltakene av tre grunner: **1)** Brukere gir umiddelbar tilbakemelding, **2)** brukere kan fortelle om konsekvenser ved bortfall av tjenester, og **3)** brukere opplever de samlede konsekvensene når flere ulike tjenester gjør endringer.

Helsetilsynet vil takke Brukerrådet og organisasjonene som har deltatt, for å ha vært imøtekommende, fleksible og tålmodige underveis i prosessen.

Hva gjorde vi?

Vi har benyttet to metodiske tilganger som supplerer hverandre og tegner et bilde av hvordan brukere, pasienter og pårørende har opplevd pandemien så langt:

1. Seks brukerorganisasjoner sendte i perioden 1.-15. september ut e-post til sine medlemmer med en elektronisk lenke til spørreskjema.
2. Organisasjonen Voksne for barn gjennomførte i midten av august en fokusgruppe med ni unge voksne i alderen 19-28 år.

Hva fant vi?

Spørreundersøkelsen ble sendt til 15 866 e-poster, og 1 876 personer svarte på spørsmål om endringer i tjenestetilbud, helse og livskvalitet.

Mer enn halvparten av respondentene i undersøkelsen svarer at de har fått mindre tjenester under pandemien. Mange rapporterer om dårligere helse og livskvalitet. Blant respondentene som har fått mindre tjenester under pandemien (N=876) svarer over 60 prosent i september at tilgangen til tjenester var dårligere eller langt dårligere enn før pandemien. I fokusgruppen beskrev deltakerne både å miste og få utsatt ›

planlagt hjelp og behandling i lang tid, og å bli møtt upersonlig eller avvisende da de ba om hjelp under pandemien.

Sårbare grupper

Vi har definert to typer av sårbare grupper: **1)** brukere med behov for omfattende tjenester store deler av døgnet (N=532), og **2)** brukere med behov for sammensatte tjenester definert som tre eller flere ulike tjenester i løpet av pandemien (N=653). Til sammen utgjør disse to gruppen nærmere 70 prosent av respondentene i undersøkelsen.

Gruppen brukere med behov for sammensatte tjenester rapporterte i størst grad å ha fått mindre tjenester under pandemien, at helsen har blitt dårligere og hvor den største andelen pårørende økte innsatsen under pandemien.

Gruppen med behov for omfattende tjenester innebefatter alle respondenter som oppga å bo i «bemannet bolig» (N=396). Denne gruppen rapporterte om betydelige endringer i tjenestene: 70 prosent oppgir at de i liten eller svært liten grad kunne kontakte andre utenfor boligen, 60 prosent oppga at de i liten eller svært liten grad kunne bevege seg utenfor boligen som før pandemien, og over halvparten oppgir at de i stor eller svært stor grad ble isolert på grunn av smitteverntiltakene.

Pårørende

Pårørende kompenserer for bortfall og uforutsigbarhet i tjenester. 84 prosent av pårørende til brukere som oppga å få mindre tjenester under pandemien (N=448) rapporterte om å gjøre mer eller langt mer arbeid som pårørende enn tidligere. I fokusgruppen beskrev deltakerne en uro knyttet til skiftende og uklare regler for når pårørende kan være med i møter med tjenesten, noe som hadde betydning både for brukeren som trengte hjelp og pårørende selv.

Informasjon og medvirkning

Blant respondentene som svarte at de har fått mindre tjenester under pandemien (N=876) oppga 75 prosent at de «i liten» eller «svært liten grad» hadde fått medvirke til endringene. I den samme gruppa oppga over 65 prosent at de ønsket mer informasjon fra tjenestene om endringene som fant sted. Deltakerne i fokusgruppen etterlyste særlig begrunnelser for avlysninger, ventetid og andre endringer tjenestene innførte. De fortalte også at de i liten grad fått medvirke med tjenestene om endringer i og avslutning av eget tjenestetilbud. ›

Helsetilsynet takker alle som har tatt seg tid til å svare på undersøkelsen og brukerorganisasjonene som har vært imøtekommende, fleksible og tålmodige underveis i prosessen.

Helsetilsynets vurderinger

Samlet tegner resultatene et bilde som gir grunn til å stille spørsmål ved om sårbare brukere får dekket sine grunnleggende behov og får forsvarlige tjenester. Helsetilsynet forventer at virksomhetene sørger for at brukere får tilstrekkelige tjenester til å få dekket sine grunnleggende behov og innfører smitteverntiltak uten at det får urimelige konsekvenser for sårbare grupper.

Helsetilsynet forventer at virksomheter har oversikt over sårbare brukere og fortløpende vurderer om tjenestene er forsvarlige og i samsvar med de behov brukerne har. Ved behov for å gjøre endringer i tjenestene som følge av smitteverntiltak, må virksomhetene gjøre individuelle vurderinger av hvordan de samlede endringene påvirker brukeren.

Brukere og pasienter har rett til å medvirke ved endringer i tjenestene. Informasjon om hvordan tjenestene fungerer og endrer seg er en forutsetning for at brukere og pasienter skal kunne medvirke. Informasjon og medvirkning er i mange tilfeller en forutsetning for forsvarlige tjenester.

Pandemien strekker ut i tid, og pårørende som må gjøre en ekstra innsats står i fare for å slite seg ut. Manglende informasjon og medvirkning kan forsterke en allerede vanskelig situasjon. Dette er et aspekt som virksomhetene bør ta med i sine risikovurderinger.

Helsetilsynet forventer at virksomhetene gjør risikovurderinger og har beredskapsplaner for å håndtere situasjoner med personell i karantene og lokale smitteutbrudd.

1

Innledning

> «Jeg syns at (hjelpen gitt under pandemien) har vært veldig dårlig, man har på en måte vært nødt til å være ansvarlig for å skaffe egen hjelp og det er jo ikke alle som er like heldige at de har de kreftene.»
>
> (fokusgruppedeltaker)

Da koronapandemien traff Norge, ble det iverksatt inngripende tiltak for å redusere smitte. Smitteverntiltakene påvirket også helse- og velferdstjenestetilbudet. De fleste tjenester måtte utsette, avlyse eller gjøre endringer i tilbudene sine. Dette hadde stor innvirkning på hverdagen til brukere, pasienter og pårørende.

«Jeg syns at (hjelpen gitt under pandemien) har vært veldig dårlig, man har på en måte vært nødt til å være ansvarlig for å skaffe egen hjelp og det er jo ikke alle som er like heldige at de har de kreftene.»
(fokusgruppedeltaker)

Tidlig i mai 2020 hadde Brukerrådet i Helsetilsynet møte om konsekvenser av koronasituasjonen og smitteverntiltakene som var iverksatt. Organisasjonene hadde fått mange enkelthenvendelser fra brukere, pasienter og pårørende som hadde fått sterkt reduserte tjenester. Konsekvensene for livssituasjonen var dramatisk for mange. Det var også bekymring for at de som trengte mest hjelp, og sammensatt hjelp, ble hardest rammet av de endringene som tjenestene gjorde. Utover enkelthistoriene ønsket Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynet å vite mer om omfanget av tjenesteendringer og konsekvensene for brukere og avtalte samarbeid om innsamling av brukererfaringer under pandemien. Alle organisasjoner i Brukerrådet har fått tilbud om å delta i undersøkelsen.

Følgende organisasjoner i Brukerrådet har deltatt i undersøkelsen enten ved å sende ut spørreskjema, og/eller gjennomføre kvalitative datainnsamlinger:

- Landsforeningen for barnevernsbarn
- Voksne for Barn
- Kreftforeningen
- Norges Handikapforbund
- Norsk Forbund for Utviklingshemmede
- Norges Parkinsonforbund
- Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende

Hvorfor et slikt samarbeid?

Brukerperspektivet var særlig nyttig for å forstå konsekvenser av smitteverntiltakene av tre grunner:

1) Brukere gir umiddelbar tilbakemelding, **2)** brukere kan fortelle om konsekvenser ved bortfall av tjenester, og **3)** brukere opplever de samlede konsekvensene når flere ulike tjenester gjør endringer. ›

Brukerne i Brukerrådet kunne nærmest umiddelbart etter innføring av smitteverntiltakene gi tilbakemelding om konsekvensene, lenge før aktivitetsregistre som KUHR, NPR, SAMDATA eller andre kilder. Slike aktivitetsregistre plukker heller ikke opp informasjon om brukere som ikke får tjenester. Når tjenester faller bort, er det brukerne selv som kan fortelle om konsekvensene av det. Hver enkelt tjeneste har gjerne oversikt over eget tilbud, men det kan være vanskeligere å ha oversikt over konsekvensen for brukere som mottar flere forskjellige tjenester.

1.1 Formål med undersøkelsen

Hensikten med undersøkelsen er å løfte fram brukeres erfaringer med tjenestetilbudet under koronapandemien. Vi vil belyse endringer i tjenestene og de konsekvenser summen av endringer har hatt for brukere og pasienters helse og livskvalitet.

Prosjektet utforsker fire problemstillinger:

1. Hvilke erfaringer av endringer i tjenestetilbud har medlemmer i bruker-, pasient- og pårørendeorganisasjoner under covid-19-pandemien?
2. Hvordan vurderer medlemmer i bruker-, pasient- og pårørendeorganisasjoner at tiltakene knyttet til covid-19-pandemien har påvirket deres helse og livskvalitet?
3. I hvilken grad har brukere, pasienter (og pårørende) opplevd at tjenestene har tatt i bruk digitale løsninger som erstatning for fysiske møter? Hvordan de har opplevd kvaliteten av dette tilbudet?
4. Har særlig sårbare grupper opplevd pandemiperioden annerledes enn andre brukere og pasienter?

1.2 Hva gjorde vi?

Rapporten du nå leser er en samlerapport som baserer seg på flere andre arbeider. Denne samlerapporten er den sentrale publikasjonen for dette prosjektet for Helsetilsynet, og det er her Helsetilsynet presenterer sine risikovurderinger. Under følger en kort redegjørelse for de andre leveransene i prosjektet.

Vi har benyttet to metodiske tilganger som supplerer hverandre og tegner et bilde av hvordan brukere, pasienter og pårørende har opplevd pandemien så langt:

1. Seks brukerorganisasjoner sendte i perioden 1.-15. september ut e-post til sine medlemmer med en elektronisk lenke til spørreskjema. ›

2. Organisasjonen Voksne for barn gjennomførte i midten av august en fokusgruppe med ni unge voksne mellom 19-28 år, fra hele landet.

Spørreundersøkelse

Helsetilsynet har selv utviklet spørreskjemaet (klikk på lenken for å komme til vedlegg 1) som handler om brukere og pasienters opplevelse av endringer i tjenestene under pandemien og om hvordan deres helse og livskvalitet har vært sammenlignet med tidligere. Vi spør også om ulike forhold knyttet til kommunikasjonen mellom tjenestene og brukere/pasienter, om pårørendes bistand under pandemien og om de har fått tjenestene tilbake på tidspunktet for undersøkelsen.

Brukere og pasienter som deltar i undersøkelsen kan ha behov for mange ulike tjenester. Vi spør både om tjenestene alt-i-alt og om en rekke enkelttjenester. En liste med om lag 20 forskjellige tjenester danner utgangspunkt for disse spørsmålene (klikk på lenken for å komme til vedlegg 2). Det omfatter både kommunale tjenester og tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Analyser av de enkelte tjenestene er ikke med denne samlerapporten, men finnes i en egen rapport i Helsetilsynets internserie [(1)].

I analysene summerer vi svarene fra alle respondentene. Organisasjonene som deltar i undersøkelsen, representere forskjelligere brukere, og de samlede resultatene vil derfor avhenge av hvor mange svar vi har fra de ulike organisasjonene. Resultatene kan ikke generaliseres til en større populasjon. I samlerapporten har vi ikke tatt med hvordan svarene fordeler seg mellom de ulike organisasjoner, men er beskrevet i egen rapport [(1)].

Noen brukere har omfattende behov for tjenester og/eller for sammensatte tjenester, det vil si flere ulike tjenester samtidig. Vi definerer dem som sårbare brukere og har lagd egne analyser for å se om slike sårbare grupper har andre erfaringer enn øvrige. I analysene skiller vi også mellom brukere og pasienter som har fått mindre tjenester under pandemien, og de som har hatt uendrede eller fått mer tjenester.

Fokusgruppeintervju

Helsetilsynet utviklet en intervjuguide (klikk på lenken for å komme til vedlegg 3) med følgende hovedtema: Hvilke opplevelser har deltakerne hatt av pandemien, hvilke opplevelser har de av endringer i tjenestetilbudet, hvordan har de opplevd kontakt og tilgang til tjenestene under pandemien, hvilke opplevelser av endringer har ›

de hatt i livssituasjon og helse under koronapandemien og hva opplever de som viktigst ved ny smittebølge.

Vi har gjort en tematisk datastyrt analyse for å utvikle kategorier til det eksplorerende formålet med dette fokusgruppeintervjuet. Resultatene kan ikke generaliseres til en større populasjon, men kan gi nyttig kunnskap om hva brukere opplever som sentralt i kontakten med tjenestene.

1.3 En samlerapport, to delrapporter

Denne rapporten er en samlerapport som baserer seg på flere andre arbeider:

- Rapport 10/2020 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020 - En nettbasert spørreundersøkelse.

Norges Handikapforbund, Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU), Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE), Landsforeningen for barnevernsbarn og Norges Parkinsonforbund har sendt en spørreundersøkelse til alle medlemmer de har e-postadresse til. Kreftforeningen har rekruttert respondentene fra sitt faste brukerpanel. Undersøkelsen ble sendt til alle i brukerpanelet som har eller har hatt kreft, eller som er pårørende til kreftpasienter

- Rapport 11/2020 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020 - En fokusgruppeundersøkelse.

Voksne for Barn har gjennomført et fokusgruppeintervju med ni unge voksne.

Landsforeningen for barnevernsbarn har gjennomført individuelle intervjuer med brukere. Tidsplanen for denne delundersøkelsen ble forsinket, og analysene av disse dataene er i skrivende stund ikke klare til publisering.

Denne samlerapporten er den sentrale publikasjonen fra dette prosjektet for Helsetilsynet, og det er her Helsetilsynet presenterer sine risikovurderinger.

Alle de publiserte rapportene ligger på Helsetilsynets nettsider og er gratis tilgjengelig for alle.

1.4 Innholdet i denne rapporten

Denne rapporten består av tre deler. I den første delen presenterer Helsetilsynet sentrale resultater fra både spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuet. ›

I den andre delen presenterer organisasjonene sine tolkninger av undersøkelsen sammenfattet, i egne artikler. Alle organisasjoner som deltok i undersøkelsen ble invitert til å skrive en artikkel, men ikke alle hadde mulighet eller ønske om dette. Organisasjonene har skrevet om temaer de selv har funnet hensiktsmessig. De har både brukt data fra den felles undersøkelsen og andre kilder som er relevante for dem. De synspunkter som kommer til uttrykk i artiklene er organisasjonenes egne. Følgende organisasjoner presenterer egne artikler:

- Voksne for barn
- Norsk forbund for utviklingshemmede
- Norges Parkinsonforbund
- Kreftforeningen

I den tredje delen av rapporten har Helsetilsynet oppsummert funnene fra undersøkelsene og gir sine vurderinger. Dette er Helsetilsynets synspunkter, ikke de deltakende organisasjoner.

1.5 Personvern

Prosjektet har hatt tett dialog med personvernombudet i Helsetilsynet om undersøkelsen for å sikre at personvernhensynet blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Personvern og etikk er nærmere beskrevet i de to delrapportene i Helsetilsynets internserie [1,2].

2 Resultater

I dette kapittelet presenterer Helsetilsynet sin analyse av de samlede dataene. Først gjør vi kort rede for hvem som har svart på spørreundersøkelsen, og hva slags funn Helsetilsynet legger vekt på. Vi presenterer hva respondentene har svart og fokusgruppedeltakerne forteller om endringer i tjenestene. Helsetilsynet legger særlig vekt på endringene for sårbare grupper. Deretter tar resultatpresentasjonen for seg følgende tema: brukere i bemannet bolig, situasjonen for pårørende og forhold knyttet til informasjon og brukermedvirkning.

2.1 Hvem er med i undersøkelsen?

Spørreundersøkelsen

Undersøkelsen ble sendt til 15 866 medlemmer, og 1 876 medlemmer fylte ut spørreskjema. Det var så få svar fra medlemmer av Landsforeningen for barnevernsbarn (24 svar) og medlemmer av Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (8 svar) at de ikke er tatt med i analysen.

Tabell 1 Antall spørreskjema sendt til og svart på, etter organisasjon

Organisasjon	Sendt ut	Besvarelser	Svarprosent
Kreftforeningen	841	323	38 %
Norges Parkinsonforbund	3277	375	11 %
Norges Handikapforbund	7 656	666	9 %
Norsk forbund for utviklingshemmede	4 092	512	13 %
I alt	**15 886**	**1 876**	

Fokusgruppeintervju

Organisasjonen Voksne for barn gjennomførte en fysisk fokusgruppe med ni deltakere mellom 19-28 år. De kom fra hele landet og har hatt behov for ulike tjenester under pandemien.

Spørsmålene både i spørreundersøkelsen og i fokusgruppen rettet seg mot tidsperioden fra smitteverntiltakene startet 12. mars, fram til undersøkelsen ble gjennomført i september 2020.

Undersøkelsen er ikke representativ for alle brukere og pasienter i Norge. Til det er utvalget av respondenter for skjevt, og det er for lite bredde i undersøkelsen. Vi vet at det er noen brukergrupper som ikke er godt representert i undersøkelsen. Brukere, pasienter og pårørende som har valgt å være medlem av en organisasjon, kan være systematisk forskjellige fra de som ikke har slikt medlemskap. Svarprosenten er lav, noe som er vanlig for denne typen undersøkelser, men vi kan ikke si om dette har slått ut på noen systematisk måte. ›

På tross av disse forbeholdene byr undersøkelsen på viktige innsikter. Vi ser på den som en slags case-studie av brukere, pasienter og pårørende fra fire ulike organisasjoner. Funn som går igjen på tvers av organisasjonene, og de ulike gruppene og behovene de representerer, vektlegger vi sterkere enn funn som er spesifikke for hver gruppe.

2.2 Mange har fått mindre tjenester, noen er mer sårbare enn andre

I dette delkapittelet presenterer vi hovedfunn, med særlig vekt på sårbare grupper. Vi går gjennom spørsmål fra spørreundersøkelsen knyttet til endringer i tjenester, helse og livskvalitet, og om tjenestene har kommet tilbake som før pandemien. Deretter presenterer vi funn fra fokusgruppedataene for å gi beskrivelser og utdypning til talldataene.

Mange respondenter i undersøkelsen rapporterer at de har fått mindre tjenester. Blant disse er det mange som rapporterer om dårligere helse og livskvalitet. Videre rapporterer de i tillegg at tjenestetilbudet ikke er tilbake på samme nivå som før pandemien. Den sårbare gruppen «brukere med behov for sammensatte tjenester» (de som har svart at de har brukt tre eller flere tjenester under pandemien) hadde den største andelen som oppga å ha fått mindre tjenester og at helsen hadde blitt dårligere.

Den kvalitative studien utdyper de kvantitative funnene. Deltagerne i fokusgruppen forteller hvordan de i møte pandemien har mobilisert egne ressurser for å få den hjelpen de har hatt behov for.

2.2.1 Mer enn halvparten har opplevd betydelig reduksjon i tjenestene

For å få et overordnet bilde av hvordan respondentene opplevde tjenestene under pandemien stilte vi følgende spørsmål: «Alt i alt, i hvor stor grad opplevde du at en eller flere av tjenestene du har hatt, ble endret under pandemien?»

Samlet har over halvparten av de som har svart på spørreundersøkelsen, opplevd at de fikk mindre tjenester enn før pandemien eller at tjenestene falt helt bort. Om lag en tredjedel opplevde at tjenestene fortsatte som før og cirka 2 prosent at de fikk mer tjenester enn før.

Det har vært sentralt for dette prosjektet å kartlegge om noen sårbare grupper har opplevelser under pandemien som skiller seg fra andre. Vi har definert to grupper som særlig sårbare: ›

1. Brukere med behov for omfattende tjenester: har enkelttjenester som dekker store behov, for eksempel personer som bor i omsorgsbolig, barnevernsinstitusjon eller liknende der det er personale til stede hele døgnet. Omfatter også de som får hjemmesykepleie minst 3 ganger i døgnet; har brukerstyrt personlig assistent (BPA) og/eller brukere som bor i bemannet bolig.
2. Brukeremedbehovforsammensattetjenester : har flere ulike tjenester samtidig og som har svart på spørsmålene om endringer i tjenester på tre eller flere tjenester (se Vedlegg 2).

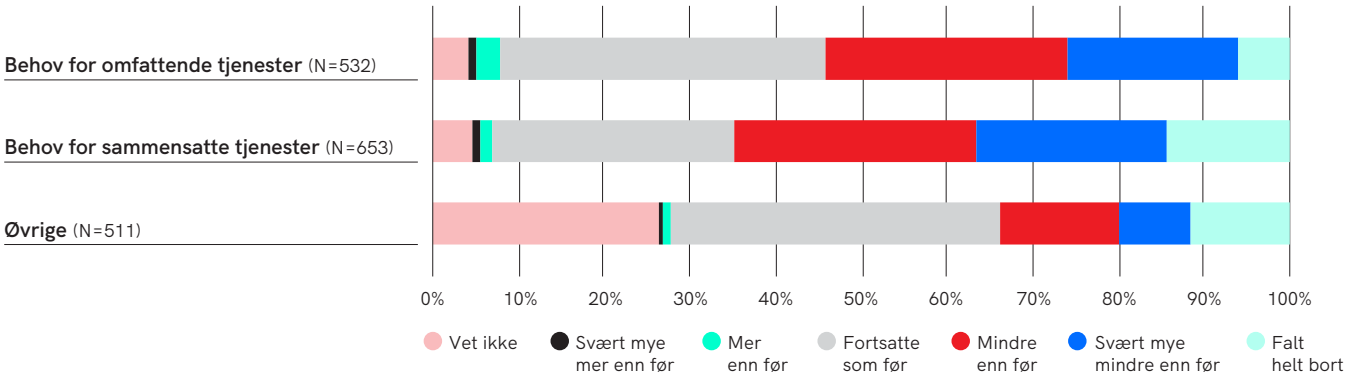
Nærmere 70 prosent av de som har svart på den nettbaserte spørreundersøkelsen er i en eller begge gruppene, og er særlig sårbare brukere og pasienter ut fra vår definisjon. Respondenter som både har behov for omfattende tjenester og sammensatte tjenester, har vi i analysene gruppert under brukere med behov for omfattende tjenester.

Respondentene fordeler seg slik:

- **Brukere med behov for omfattende tjenester (30 prosent)**
- **Brukere med behov for sammensatte tjenester (37 prosent)**
- **Øvrige brukere og pasienter (33 prosent)**

Tjenestetilbudet alt-i-alt

Figur 1 Opplevd endringer i tjenestene, etter sårbare grupper og øvrige



Blant respondentene med behov for sammensatte tjenester svarte omtrent 35 prosent at tjenestene har «falt helt bort» eller har «svært mye mindre enn før». Gruppa med behov for sammensatte tjenester har størst andel som rapporterer om mindre tjenester, både sammenliknet med de andre gruppene, og sammenliknet med alle respondentene samlet. ›

Når vi sammenligner respondentene i de to sårbare gruppene med gruppen «øvrige», ser vi at det er større andeler som har opplevd at tjenestene falt helt bort eller at de fikk mindre eller svært mindre tjenester under pandemien. Det gjelder for om lag 65 prosent av de med behov for sammensatte tjenester, 55 prosent av de med behov for omfattende tjenester og 35 prosent av de øvrige respondenter.

Blant respondentene i de to sårbare gruppene er det 42 prosent (omfattende behov) og 39 prosent (behov for sammensatte tjenester) som opplevde å få mer tjenester eller at tjenestene fortsatte som før. Tilsvarende er 30 prosent for de øvrige respondenter.

2.2.2 Sårbare grupper oppgir dårligere helse

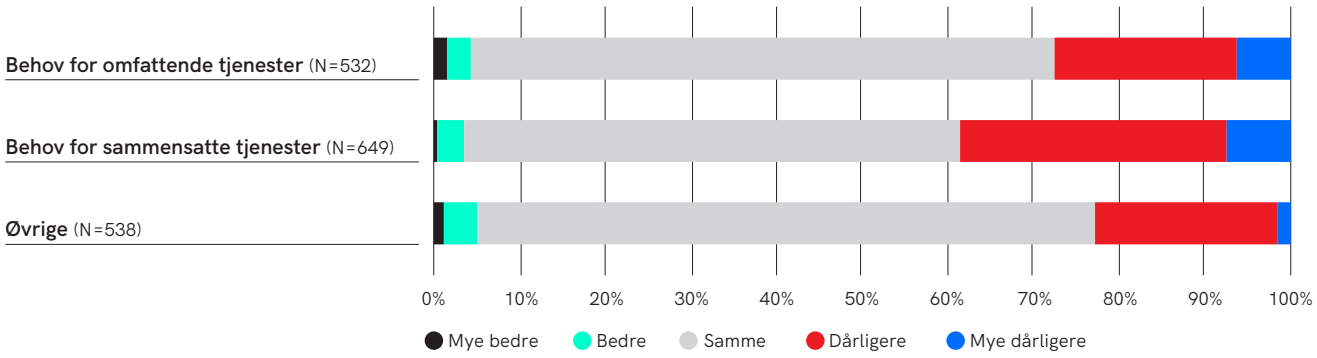
Vi spurte hvordan respondentene vurderte sin egen helse: «Alt i alt, hvordan har helsen din vært under pandemien, sammenliknet med tidligere?» Det var fem svaralternativer som gikk fra «mye bedre enn før» til «mye dårligere enn før».

Samlet svarte 65 prosent at helsen var den samme som før. En andel på om lag 30 prosent rapporterer at helsen har blitt dårligere under pandemien.

I figuren under presenterer vi hvordan sårbare grupper rapporterer egen helse.

Helse

Figur 2 Helse under pandemien sammenlignet med tidligere, etter sårbare grupper og øvrige



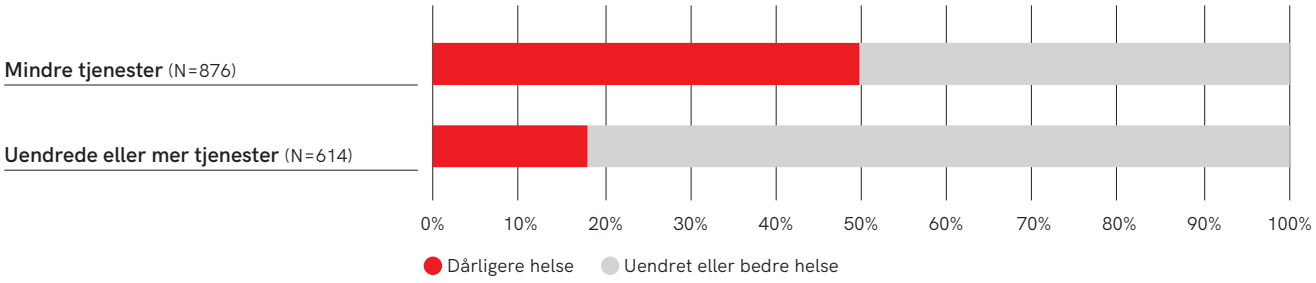
Blant respondentene med behov for sammensatte tjenester finner vi en større andel som har opplevd at helsen har blitt dårligere eller mye dårligere under pandemien enn for de øvrige gruppene. Det gjelder for 38 prosent, mens tilsvarende for respondentene med behov for omfattende tjenester er 27 prosent og 23 prosent for de øvrige. Andelen blant alle respondentene som rapporterte at de hadde fått dårligere helse, var om lag 30 prosent.

De «øvrige» respondentene er de som har svart mest positivt. Blant dem er det 72 prosent som har opplevd at helsen var den samme som før, 20 prosent at den ble dårligere og bare noen få prosent opplevde at helsen ble mye dårligere.

I en tredje analyse skiller vi mellom to grupper av respondenter: **1)** respondenter som har oppgitt å få mindre tjenester og **2)** respondenter som oppgir å ha fått uendret eller mer tjenester under pandemien.

Tjenestetilbudet og helse

Figur 3 Helse under pandemien, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke



Cirka dobbelt så stor andel av de respondentene som svarer at de har opplevd å få mindre tjenester, har også svart at deres helse og livskvalitet ble dårligere under pandemien.

2.2.3 Sårbare grupper oppgir dårligere livskvalitet

Her går vi gjennom svarene knyttet til livskvalitet for alle respondentene, delt på sårbare grupper, og om respondentene oppgir å ha fått mindre tjenester eller ei.

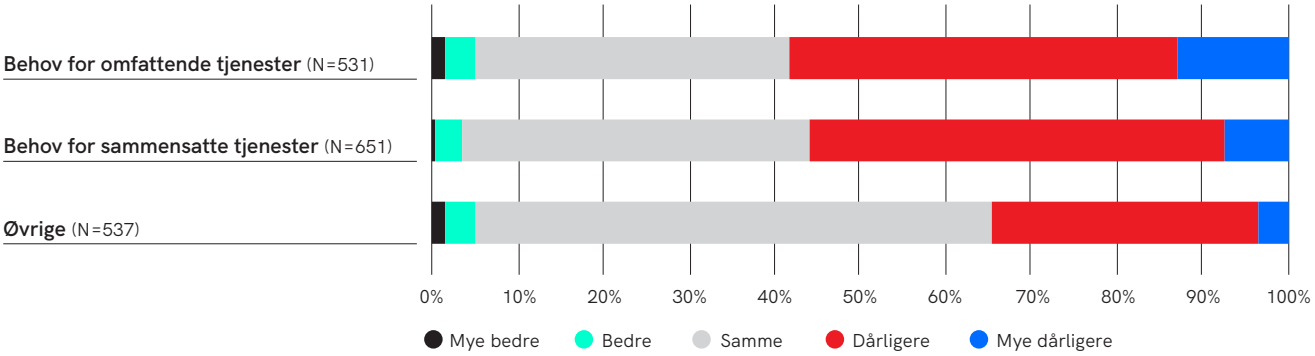
Vi spurte: «Alt i alt, hvordan har livskvaliteten din vært under pandemien, sammenliknet med tidligere?». Det var fem svaralternativer som gikk fra «mye bedre enn før» til «mye dårligere enn før». Den midterste kategorien var «samme som før». ›

Samlet svarte 45 prosent at livskvaliteten var den samme som før pandemien. En andel på om lag 50 prosent rapporterer at livskvaliteten har blitt dårligere under pandemien.

Når det gjelder livskvalitet rapporterer de to sårbare gruppene relativt likt, mens det er færre i gruppa «øvrige» som oppgir dårligere livskvalitet.

Livskvalitet

Figur 4 Livskvalitet under pandemien sammenlignet med tidligere, etter sårbare grupper og øvrige



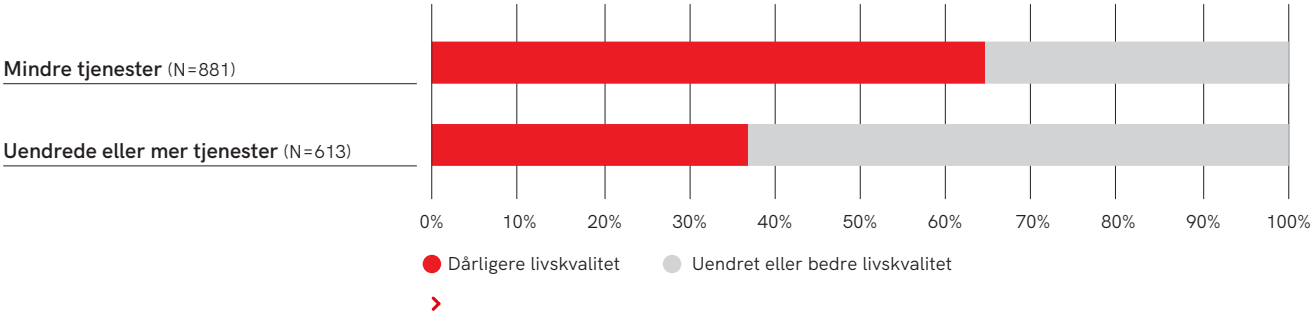
I gruppen med brukere med behov for omfattende tjenester, og blant brukere med behov for sammensatte tjenester var det henholdsvis 58 og 56 prosent som svarte at livskvaliteten var dårligere eller mye dårligere under pandemien enn før.

Blant de øvrige respondentene er andelen som har svart at livskvaliteten var den samme som før pandemien størst. Det gjelder for 60 prosent, men tilsvarende for de to sårbare gruppene er henholdsvis 37 og 41 prosent.

I figuren under har vi delt respondentene i to grupper: **1)** respondenter som har oppgitt å få mindre tjenester og **2)** respondenter som oppgir å ha fått uendret eller mer tjenester under pandemien.

Tjenestetilbudet og livskvalitet

Figur 5 Livskvalitet under pandemien, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke



65 prosent av de som opplevde negative endringer i tjenestene, har også vurdert sin egen livskvalitet som dårligere under pandemien enn før. Tilsvarende for de som svarte at de ikke fikk mindre tjenester under pandemien, er 37 prosent.

2.2.4 Mange som har fått mindre tjenester, har ikke fått dem tilbake

Her går vi gjennom svarene knyttet til om respondentene rapporterer om tjenestene er tilbake på det nivået som var før pandemien. Også her går vi gjennom alle respondentene, sårbare grupper og om respondentene har fått mindre tjenester eller ei.

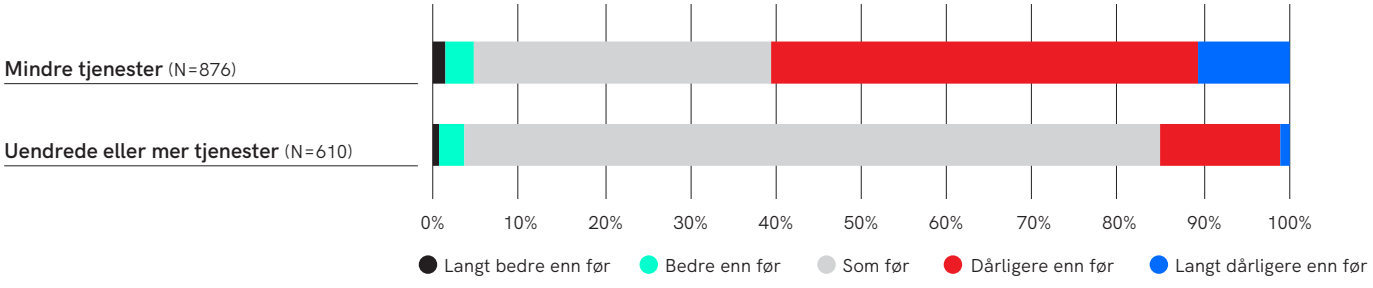
Vi spurte om «Samlet sett opplever du nå at tilgangen til tjenestene dine er som før pandemien?» Det er fem svaralternativer som går fra «langt bedre enn før» til «Langt dårligere enn før».

Legger vi sammen alle svarene ser vi at over halvparten (56 prosent) av respondentene opplevde at tjenestene på tidspunktet for undersøkelsen (september) var som før pandemien. 33 prosent av respondentene opplevde at tilgang til tjenestene var dårligere enn før og 6 prosent at den var langt dårligere enn før pandemien. Om lag 4 prosent av respondentene opplevde på tidspunktet for undersøkelsen at tilgangen er bedre eller langt bedre enn før.

Vi delte respondentene i to grupper: de som rapporterte å ha fått mindre tjenester under pandemien, og de som rapporterte om uendrede eller mer tjenester.

Tjenestetilbudet og tilgang på tjenester nå

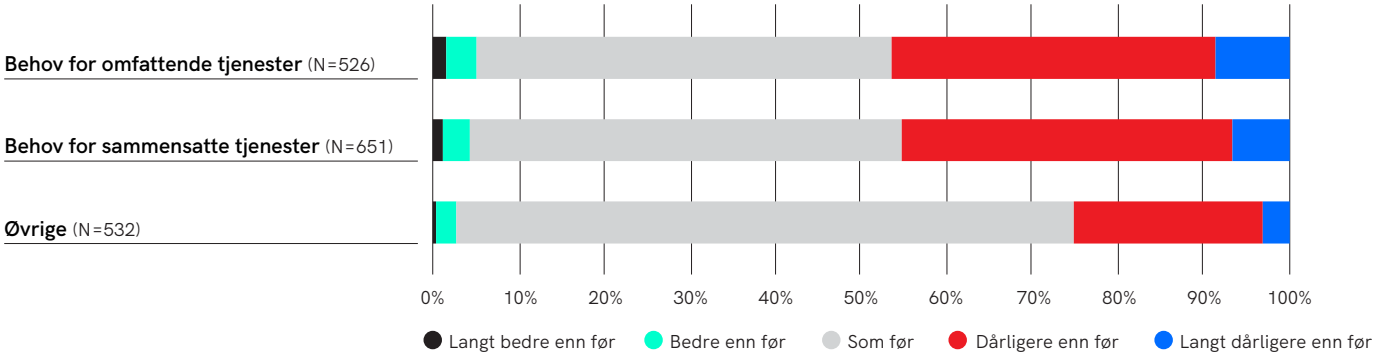
Figur 6 Tilgang til tjenester nå, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke



Blant respondentene som hadde fått mindre tjenester under pandemien, svarte 60 prosent i september at de opplevde tilgangen på tjenester som dårligere eller langt dårligere enn før pandemien. 35 prosent av dem som hadde fått mindre tjenester under pandemien, opplevde at det var tilbake på normalen i september. ›

Tilgang på tjenester nå

Figur 7 Tilgang på tjenester nå, etter sårbare grupper og øvrige



I begge de sårbare gruppene er det større andeler som i september hadde dårligere eller langt dårligere tilgang på tjenester enn før. Det gjelder henholdsvis 47 og 45 prosent. Tilsvarende for øvrige var 25 prosent.

Hva innebærer det å få mindre tjenester eller at en tjeneste faller helt bort?

I dataene fra fokusgruppen finner vi eksempler på hvordan deltakerne opplevde at tjenestetilbudet ble forsinket eller avlyst. Flere av fokusgruppedeltakerne var allerede i et tjenesteforløp, og planlagt bistand og behandling ble avlyst eller utsatt i lengre tid da pandemien traff. En deltaker som fikk utsatt en behandling i spesialisthelsetjenesten uttalte:

«Jeg har gruet meg veldig til den innleggelsen, og så får jeg ikke beskjed at «du vi må, vi må utsette innleggelsen… Jeg fikk ikke noe beskjed…() Jeg ble, jeg kom i panikk»

Flere av ungdommene hadde erfaringer med tjenestetilbud som ble delvis eller helt borte. Flere fortalte at de begynte å lete etter hjelp på egenhånd, hovedsakelig på nettet. Gratis lavterskeltilbud på telefon og video hadde gitt flere god hjelp:

«Heldigvis så har vi jo disse hjelpetelefonene. Jeg har aldri ringt en hjelpetelefon før, men det gjorde jeg i april og det er jeg veldig takknemlig for..»

Fokusgruppedeltakerne problematisert at ikke alle kan kompensere for reduksjon av tjenester, enten ved å finne andre tilbud eller på andre måter. Flere bekymret seg for hva som skjer med de som er for syke, eller har det for vanskelig til hjelpe seg selv. En av ungdommene poengterte det slik: ›

«De var allikevel opptatt av at tjenestene skulle prøvd å identifisere hvilke brukere som var mest sårbare da de måtte stenge ned eller innføre store endringer.»

«Jeg syns at (hjelpen gitt under pandemien) har vært veldig dårlig, man har på en måte nødt til å være ansvarlig for å skaffe egen hjelp og det er jo ikke alle som er like heldige at de har de kreftene.»

Ungdommene kritiserte ikke at noe planlagt behandling og bistand måtte endres, utsettes eller avlyses som følge av pandemien. De var allikevel opptatt av at tjenestene skulle prøvd å identifisere hvilke brukere som var mest sårbare da de måtte stenge ned eller innføre store endringer.

«Hvordan tjenestene kan få tilbud til fungere, hvis smitten skulle blusse veldig opp igjen og det er kjempekrise. Hvordan de kan få folk til psykolog, treningssenter og annet som er nødvendig for dem. Hvordan de kan gjennomføre tilbudene uten å bare forsøke å bruke telefon eller nett som erstatning, det syns jeg er viktigst i dag.»

Deltakerne presiserte at tjenestene burde ta utgangspunkt både i hvilke type tjenester en bruker mottar, og situasjonen en bruker kan komme i når tjenester forsvinner. 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 De som bor i bemannet bolig

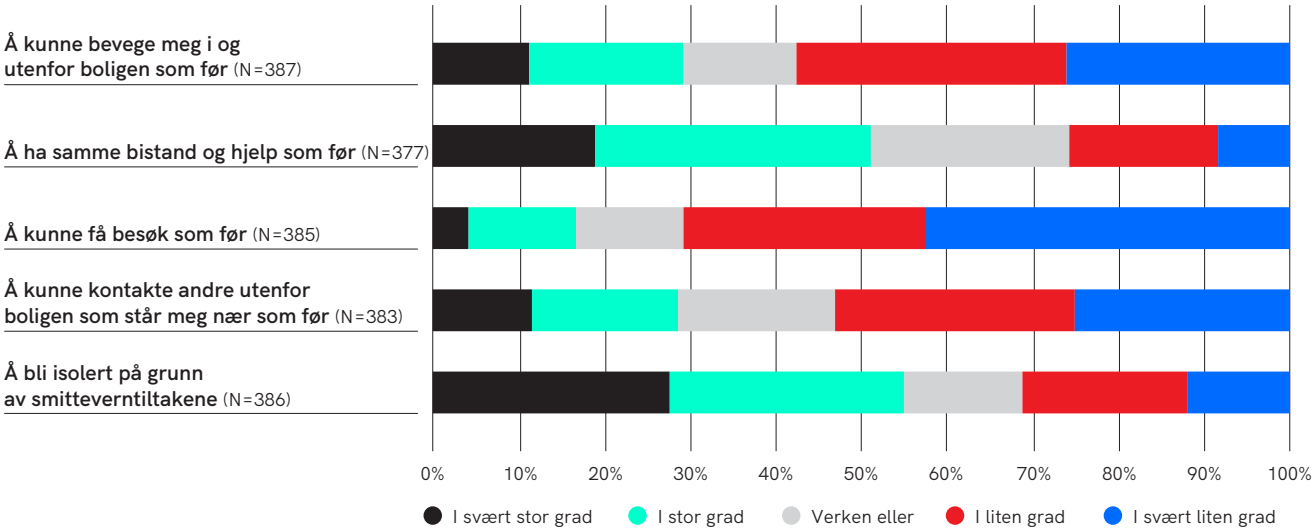
I dette delkapittelet presenterer vi funn fra spørreundersøkelsen hvor vi stilte utdypende spørsmål til respondenter som bodde i «bemannet bolig». Ingen av deltakerne fra fokusgruppen hadde slik erfaring slik at vi har ikke data som kan utdype bildet for denne gruppen.

Med begrepet ”bemannet bolig” tenker vi på boliger hvor det leveres tjenester store deler av eller hele døgnet. Boligen kan eies av den/de som bor der, eller leies av kommunen eller andre. Personer med utviklingshemming er en stor gruppe som får denne typen tjenester, men slike tjenester kan også være aktuelt for andre.

Om lag 20 prosent av alle respondentene oppga at de bodde i bemannet bolig. Alle disse er brukere med behov for omfattende tjenester, og er sårbare for konsekvenser av reduksjon i tjenestetilbudet. Vi stilte noen tilleggsspørsmål til de som oppga å bo i bemannet bolig. ›

Opplevde du under pandemien

Figur 8 Ulike erfaringer under pandemien, for de som bor i bemannet bolig



På alle spørsmålene om forhold knyttet til bemannet bolig er det få som har svart «verken eller». Det indikerer at det har vært betydelige endringer i tjenestene. Her er variasjoner mellom det respondentene opplever, men med overvekt av negative opplevelser som mindre mulighet for sosial kontakt og det å bli mer isolert.

Over 70 prosent opplevde at de i liten eller svært liten grad kunne få besøk, og over halvparten at de i liten eller svært liten grad kunne kontakte andre utenfor boligen som stod dem nær. Samtidig opplevde over halvparten at de i svært stor eller stor grad ble isolert på grunn av smitteverntiltakene.

Nærmere 60 prosent opplevde i liten eller svært liten grad å kunne bevege seg i og utenfor boligen som før pandemien.

Om lag halvparten opplevde at de i svært stor eller stor grad fikk samme hjelp og bistand som før. En fjerdedel opplevde at de i liten eller svært liten grad fikk det samme som før.

Om lag en femtedel av respondentene som bor i bemannet bolig oppgir å ha flyttet ut av boligen i hele eller deler av perioden. Tre prosent flyttet ut hele perioden (fra pandemien startet i mars til september da spørreundersøkelsen ble sendt ut). Størsteparten av dem som flyttet ut, 90 prosent, flyttet til pårørende. ›

«Opp mot 70 prosent av de pårørende som har svart på undersøkelsen, har gjort mer eller langt mer pårørendearbeid under pandemien enn tidligere.»

2.4 Å være pårørende under pandemien

I dette delkapittelet presenterer vi funn både fra spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuet om den rollen pårørende spiller.

Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at pårørende kompenserer i betydelig grad for mange typer tjenester, som for eksempel ulike former for avlastningstiltak og dagtilbud. Ungdommene i fokusgruppeintervjuet forteller også noe om dette: det kan bli uro i brukeres relasjon til tjenestene, når det er usikkerhet knyttet til om pårørende kan være med. Vekslende regler og endringer knyttet til om pårørende kan delta kan skape stor bekymring.

2.4.1 Pårørende har gitt mer hjelp og bistand under pandemien

I spørreundersøkelsen har pårørende primært svart på vegne av en bruker/pasient de er foreldre (71 prosent) eller ektefelle (11 prosent) til. Under 2 prosent har svart på vegne av foreldre. 16 prosent har ikke oppgitt sin relasjon eller har en annen relasjon enn de nevnte.

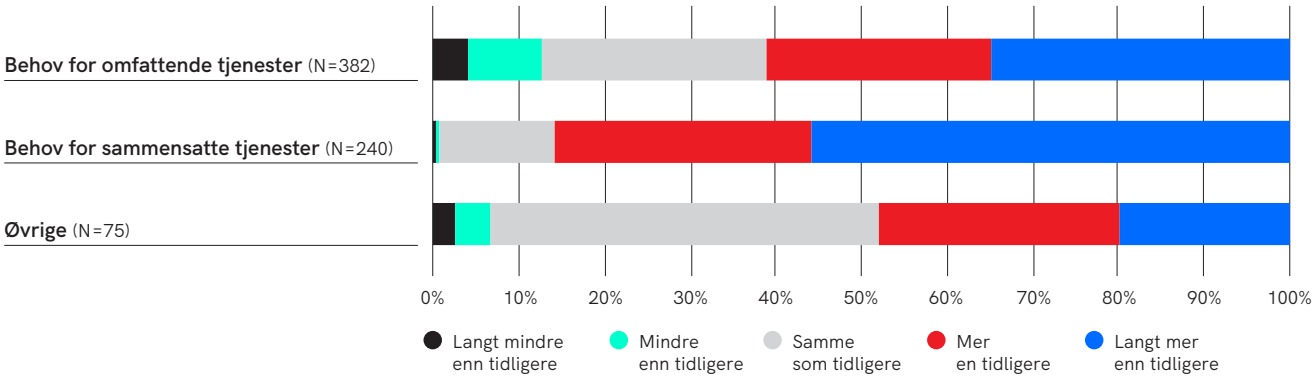
Et område som peker seg ut i dataen, er hvordan pårørende oppgir å kompensere for endringene i tjenestene. Opp mot 70 prosent av de pårørende som har svart på undersøkelsen, har gjort mer eller langt mer pårørendearbeid under pandemien enn tidligere.

Om lag en fjerdedel svarte at de i stor eller svært stor grad gjorde mer som pårørende fordi de var redd for smitte. For de øvrige 75 prosent var frykt for smitte ikke den vesentlige grunnen.

Pårørende til respondenter som er i gruppen sårbare brukere, har gitt langt mer bistand enn tidligere, sammenlignet med de øvrige pårørende.

Arbeid som pårørende

Figur 9 Gjort mer eller mindre arbeid som pårørende, etter sårbare grupper og øvrige



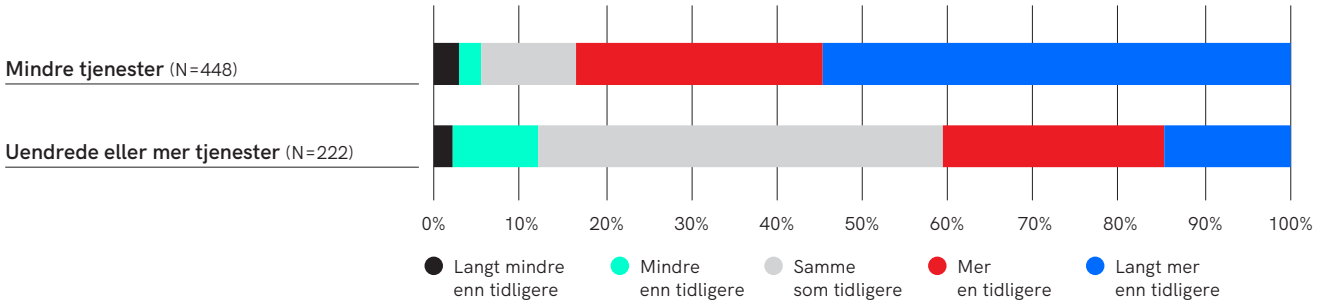
Andelen pårørende som har gjort mer eller langt mer enn tidligere, er størst blant pårørende til brukere med behov for sammensatte tjenester. Det gjelder til sammen 86 prosent av dem, mens tilsvarende for pårørende til respondenter med omfattende behov er 60 prosent. Pasienter og brukere som ikke er definert som sårbare har i stor grad svart på vegne av seg selv, og vi har derfor kun svar fra 75 pårørende til øvrige brukere/pasienter. Blant dem har 45 prosent bistått som tidligere, 48 prosent mer og 7 prosent mindre.

Det er blant pårørende til respondenter med omfattende tjenester det er størst andel som har gitt mindre bistand enn tidligere. Det gjelder 13 prosent. Tilsvarende for pårørende til de med sammensatte tjenester er under 1 prosent.

Pårørende til respondenter som har fått mindre tjenester enn før har gitt mer eller langt mer bistand under pandemien.

Tjenestetilbudet og bistand fra pårørende

Figur 10 Gjort mer eller mindre arbeid som pårørende, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke



Til sammen 84 prosent av pårørende til respondenter som har fått mindre tjenester enn før, har gitt mer eller langt mer bistand enn før. Tilsvarende for pårørende til respondenter som har fått uendrede eller mer tjenester under pandemien, er 41 prosent. Motsatt er andelen som har gjort mindre eller langt mindre enn før større (12 prosent) blant pårørende til respondenter med uendrede eller mer tjenester. Tilsvarende for de med mindre tjenester er 6 prosent.

Hva slags tjenester er det pårørende kompenserer for? Vi ser at cirka 25 prosent av alle respondenter som har svart på spørsmål om tjenesten «Avlastningsbolig/barnebolig, privat avlaster» har opplevd at tjenesten ble tatt helt bort. 45 prosent av respondentene svarer at de har opplevd at ulike typer dag- og aktivitetstilbud (støttekontakt, dagsenter, tilrettelagt arbeid, lavterskel kafé eller lignende åpne tilbud) ble tatt helt bort. Ytterligere 35 prosent har opplevd å få mindre eller mye mindre ›

enn før. For denne typen tjenester oppgir altså 80 prosent av respondentene at det har blitt betydelig mindre tjenester.

2.4.2 Å være både bruker og pårørende på samme tid, gir dobbel uro

Som resultatene fra spørreundersøkelsen viser spiller altså pårørende en helt sentral rolle ved i stor grad å kompensere for reduksjon og bortfall av tjenester. Det samme er tydelig også i fokusgruppedataene. Her det viktig å påpeke ulikheter ved de to respondentgruppene. Mange pårørende i spørreundersøkelsen var i en foreldrerolle overfor brukeren. Deltakerne i fokusgruppen var stort sett unge voksne som selv hadde tjenester, men som i tillegg kunne være i en pårørenderolle overfor egne foreldre eller andre som var brukere.

Det kan være tette bånd mellom bruker og pårørende. En deltaker som fortalte om sin opplevelse av å være pårørende og hvor skremmende det var å ikke vite om hun kunne være sammen med moren sin:

«…mamma havnet veldig nylig på sykehus og jeg var usikker på om jeg kunne dra å se henne og besøke henne.. jeg var livredd for om det kom til å skje noe for mamma er den eneste jeg har,..»

Flere deltakere hadde erfart at tjenestens regler for pårørende stadig endret seg og at ansatte de var i kontakt med ga ulike tilbakemeldinger om hva som var tillatt. Flere tok til ordet for at dette skapte uro og usikkerhet og at de skulle ønske tjenestene tok skikkelig stilling til hvilke regler de skulle følge og ga tydelig informasjon om det.

«Så var det sånn, fredagen i forveien så gikk det helt fint, men så kom vi dit også får hun ikke lov å være med inn i bygget i det hele tatt. Og det var litt sånn, veldig uforventet da fordi sist gang jeg var der så var det greit.»

Deltakerne i fokusgruppen fortalte at de ble urolige av å ikke kunne ha med seg noen som kunne støtte de i møte med tjenestene. Deltakernes erfaringer var at begrensinger for pårørendes besøk og deltakelse ikke bare påvirker den syke eller pleietrengende, men også kan skape mye uro for de pårørende selv.

2.5 Informasjon og brukermedvirkning ved tjenesteendringer under pandemien

Smittetrykk og smitteverntiltak endrer seg, karantenebegrensninger kan ramme både brukere og ansatte. Pandemien byr på ekstra utfordringer for virksomhetene når det gjelder informasjon og medvirkning. ›

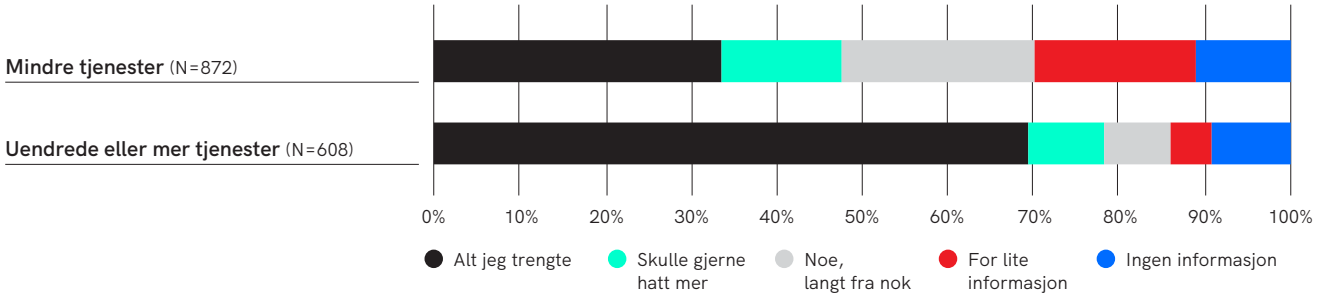
2.5.1 De som har fått mindre tjenester, har verken fått informasjon eller fått medvirke

Vi spurte om respondentene har fått den informasjonen de trengte fra tjenestene om hvilke endringer de gjorde under pandemien.

I figuren under har vi skilt respondentene i to grupper. Den første gruppa er respondenter som oppgir at de fikk mindre tjenester under pandemien (mindre tjenester eller tatt helt bort). Den andre gruppa er de som svarte at de fikk samme tjenester som før, eller mer.

Tjenesteendring og fått informasjon

Figur 11 Fått informasjon om endringer, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke

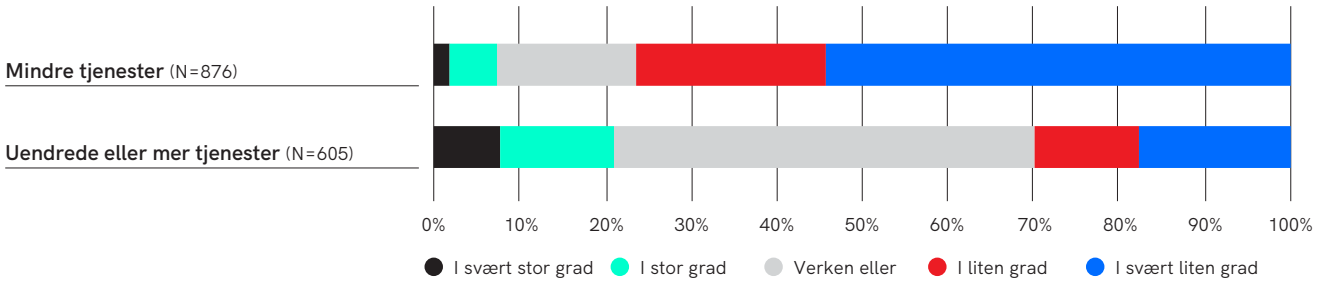


Det er sammenheng mellom endringer i tjenestene og opplevelsen av å få informasjon. Blant de som har fått mindre tjenester er det en langt større andel som ønsket mer informasjon. Blant respondentene som hadde fått mindre tjenester svarte 35 prosent at de hadde fått all den informasjon de trengte. Blant respondentene som hadde uendrede eller mer tjenester var tilsvarende nærmere 70 prosent.

Ser vi på hvilke respondenter som oppgir at de har fått medvirke til endringene i tjenestene, finner vi det samme mønsteret i gruppene.

Tjenesteendring og medvirkning

Figur 12 Fikk medvirke ved endringer, etter om man har fått mindre tjenester eller ikke



> «Og hun som hadde meg om dagpengene hun bare: «ja, du sitter nå i kø sammen med en halv million andre, vær så god.» Det er sånn.. det var det man fikk til svar, det var ikke noe mer..»

Over 75 prosent av respondentene som oppgir å ha fått mindre tjenester under pandemien, oppgir også at de «i liten grad» eller «svært liten grad» har fått medvirke til endringene. Blant respondentene med uendret eller økt tjenestenivå er andelen som svarer på de samme spørsmålene omkring 30 prosent.

2.5.2 For lite informasjon skaper utrygghet og uforutsigbarhet

Blant fokusgruppedeltakerne erfarte noen at tjenestene strakk seg langt, og la til rette så godt de kunne i en vanskelig situasjon. Likevel, hovedtrenden i fokusgruppa ser ut til å følge de data fra spørreundersøkelsen – det var flere deltakere som i liten grad var fornøyd med informasjonen de fikk fra tjenestene sine. Deltakerne hadde erfaringer med at tjenestene kunne være avvisende, upersonlige og ikke kunne gi avklaringer om viktige tjenestebehov under pandemien. Deltakerne etterlyste ofte begrunnelser for hvorfor de måtte vente på et tilbud, eller hvorfor det ble endringer.

En av deltakerne fortalte at hun opplevde det positivt at helsetjenesten sa de ville ta henne imot selv om de sa de var usikre på hvilke regler de skulle følge:

«...for min del, min erfaring har vært positiv der jeg har vært eller de jeg har vært i kontakt med fra helsevesenet.»

Andre deltakere satt igjen med mer negative opplevelser. En deltaker som hadde ringt legevakten for hjelp etter to uker uten nødvendig medisin, sa hun ble avvist med beskjed om at de ikke hadde tid til henne.

«Nei du må bare vente til det går over.» sa den sykepleieren som tok telefonen, hun tok meg ikke på alvor....(..) når de sier til meg «du må vente, du må vente. Vi har ikke tid til deg...»

En annen fokusgruppedeltaker ble permittert fra jobben sin på grunn av pandemien og fortalte om opplevelsen av ubetydelighet etter kontakt NAV:

«Og hun som hadde meg om dagpengene hun bare: «ja, du sitter nå i kø sammen med en halv million andre, vær så god.» Det er sånn.. det var det man fikk til svar, det var ikke noe mer..»

Gjennom fokusgruppen belyste deltakerne hvor viktig det er for dem at behandlere og kontaktpersoner i tjenestene følger opp pasientene og brukerne sine med tilstrekkelig informasjon når store endringer må innføres. Å miste hjelp de skulle hatt var vanskelig i seg selv, men det å ikke få tilstrekkelig informasjon skapte ytterligere utrygghet og uforutsigbarhet og forverret situasjonen for flere. De ga uttrykk for at ›

opplevelsen av å bli overlatt til seg selv, kunne ramme tilliten de hadde til at de kunne få hjelp de trenger fremover.

2.6 Alternativer til fysisk møte

I 2019 var ca. 2,5 prosent av konsultasjonene med fastlege e-konsultasjoner. I uke 12 og 13 i 2020 nådde andelen e-konsultasjoner 57 prosent. I månedene juni, juli og august er andelen e-konsultasjoner hos fastleger mellom 21 og 24 prosent [(3)].

Vi ønsket å fange opp denne typen tjenesteendringer både i spørreundersøkelsen og i fokusgruppen. Under går vi gjennom disse resultatene.

2.6.1 For få svar fra spørreundersøkelsen

I spørreskjemaet ønsket vi å fange opp slike endringer hvor det ble tilbudt alternativer til fysiske møter mellom tjenestene og brukerne. For ti tjenester hvor slike alternativer hadde blitt tilbudt, spurte vi om respondentenes erfaringer med dem. Vi spurte: «Har du hatt møte/konsultasjon gjennom telefon, sms/tekst, eller video istedenfor fysisk kontakt under pandemien?».

Kun 70 respondenter svarte på dette spørsmålet. 40 av dem som svarte «ja». Dette er for få svar til at vi kan si noe relevant om det vi ønsket å undersøke.

Det kan være flere forklaringer på hvorfor vi ikke fikk inn svarene vi ønsket. Det kan hende respondentene ikke har erfaringer med alternativer til fysisk møte. Dette er lite trolig, gitt økningen i bruk av slike tjenester, som aktivitetsdata gir oss.

En annen, og antakelig bedre forklaring, er svakheter i utforming av spørreskjemaet.

2.6.2 Fysiske møter så langt det lar seg gjøre

Flere deltakere i fokusgruppen hadde negative erfaringer med overgangen fra fysiske møter, til digitale løsninger. Erfaringene gjaldt samtaleterapi, og handlet særlig om betydningen av kroppsspråk og gruppedynamikk. Det er verdt å merke seg at det var lite diskusjon i fokusgruppa om digitale løsninger for andre typer helsetjenester, på skolen eller overfor Nav. Ingen av deltakerne fortalte om erfaringer med samtaleterapi som i utgangspunktet var planlagt digitalt.

For deltakerne i fokusgruppa var erfaringen at tjenestetilbud som i utgangspunktet baserer seg på fysisk møte, trengte tilpasning for å la ›

seg «oversette» til en digital løsning. Noen opplevde at behandlere glemte å invitere dem eller at den tekniske løsningen fungerte dårlig og at dette medførte til at de mistet behandling.

Det var flere av deltakerne som påpekte at tjenestene bør klare å finne løsninger som gjør fysiske møter mulig til tross for smittevernhensyn. Det ble løftet frem flere gode eksempler på tjenester som hadde fått dette til, selv om det i de tilfellene hadde tatt veldig lang tid før det kom på plass.

«...selv om det kanskje for noen funker å ha telefonmøter, skype-møter, teams-møter med psykolog så tror jeg det er viktig at de får til en måte der de som trenger psykologhjelp for eksempel kan få møte opp fysisk med enda lenger avstand, eller at de må finne ut en løsning. Fordi det finnes garantert mange som ikke er fornøyd med nettilbud og jeg merker selv at hvis jeg skal prate med noen og få noe ut av det så må jeg møte fysisk...»

Selv om det i denne fokusgruppen ikke kom frem positive sider ved digitale/telefoniske alternativer til fysiske møter, kan andre ha mer positive erfaringer. For deltakerne var den brå overgangen fra et forløp med fysiske møter til en digital/telefonisk plattform en opplevelse av å miste noe vesentlig. Deltakerne fortalte om usikkerhet og å miste oversikt over når behandlingen skal skje. Deltakerne var villige til å strekke seg langt for å få til fysiske møter med tjenestene.

Del 2

Fire brukerorganisasjoner om brukerundersøkelsen og andre erfaringer fra pandemien

3

Voksne for barn: Å være ung i pandemiens tid

Artikkelen er skrevet av Elisabeth Wold og Karin Källmyr, Voksne for barn

«Jeg tenker mye på at hvis jeg hadde visst at den klemmen jeg ga venner, kjente og kjære sist, var den siste, skulle jeg holdt den klemmen så mye lengre» (Gutt 19 år)

«Jeg tenker mye på at hvis jeg hadde visst at den klemmen jeg ga venner, kjente og kjære sist, var den siste, skulle jeg holdt den klemmen så mye lengre» (Gutt 19 år)

«Uvirkelig, skjer dette i Norge?» (Jente 18 år)

3.1 Om Voksne for Barn og Ungt nettverk

Voksne for Barn er en ideell medlemsorganisasjon som jobber for barn og unges psykiske helse og oppvekstvilkår. I vårt arbeid møter vi mange unge med erfaringer som påvirker deres psykiske helse. I 2014 opprettet vi Ungt nettverk, for unge mellom 16 og 25 år, som har litt ekstra belastninger i livet. Ungt nettverk er for ungdom som:

- har psykiske utfordringer eller har forelder med psykiske og/eller rus-problemer
- føler seg ensom eller er/har vært utsatt for mobbing
- har belastninger i livet sitt som påvirker den psykiske helsen
- er ny i Norge
- ønsker å møte andre ungdommer i tilsvarende situasjon
- vil bidra til forbedring og utvikling av tjenester for barn og unge gjennom å dele sine erfaringer

Vi har flere lokale Ungt nettverk, som møtes 1-2 ganger i måneden. Samlingene blir ledet av frivillige og ungdommene planlegger innholdet sammen med gruppelederne.

3.2 Fra fysiske til digitale samlinger

«Uvirkelig, skjer dette i Norge?» (Jente 18 år)

Da covid-19-pandemien rammet Norge, var det ikke lenger mulig å arrangere fysiske treff. Vi skjønte at i en så dramatisk og uoversiktlig situasjon, måtte vi opprettholde et tilbud til de ungdommene som ønsket det, men i en annen form. Vi hadde derfor den første digitale møteplassen den 26. mars og møttes hver uke ut juni. Dermed fulgte vi hverandre gjennom den første kritiske tiden i pandemien.

Den første tiden handlet samtalene mye om at ungdommene følte på en blanding av sjokk, redsel, spenning og uforutsigbarhet. Flere fortalte at de kjente på en spesiell form for ensomhet fordi de var tvunget til å isolere seg. De fortalte om stress på grunn av en uforutsigbar og uoversiktlig situasjon. Da skoler og arbeidsplasser ble stengt, ble mange av dem urolige for videre skolegang, gjennomføring av planlagte eksamener, økonomi og fremtiden. I tillegg hadde de fleste også bekymring for nære og kjære som kunne være i risikosonen. ›

«Et av målene for Ungt nettverk er at deltakerne skal kunne dele erfaringer og gi og få støtte, slik at de kan få det bedre»

«Jeg ble sint og litt trassig, skjønte ikke helt alvoret og ville ikke ha de begrensingene.» (Jente 20 år)

Et av målene for Ungt nettverk er at deltakerne skal kunne dele erfaringer og gi og få støtte, slik at de kan få det bedre. Også de digitale treffene ble brukt til å holde hverandre oppe. Mange opplevde at all informasjon i media gjorde at de ble fortvilet, oppgitte og følte «en nummenhet», samtidig som det selvfølgelig var viktig å få informasjon. Som en motvekt valgte vi derfor å snakke om hvilke fordeler pandemien paradoksalt nok kan ha.

Et eksempel var skolesituasjonen. Selv om alle savnet skolen så opplevde noen det lettere å gjøre skolearbeid hjemme, sammenlignet med dager man ellers ikke hadde klart å gå på skolen. Flere av ungdommene fortalte også om bedre kontakt med nær familie, blant annet besteforeldre. Deltakerne var også takknemlig for å ha god tilgang til internett, og at de satte mer pris på digitale plattformer enn før. Flere fortalte også at de ble mer bevisst på de mulighetene de faktisk hadde for å treffe venner og familie, selv om man måtte ha avstand og være mer kreativ når det gjaldt hvordan man var sammen.

Treffene ga oss mulighet til å dele gode mestringsstrategier i en utfordrende tid. Mye handlet om å rette søkelyset på hva man er takknemlig for og hvordan man kan klare å se positive konsekvenser av å leve i lockdown. For eksempel hadde vi alle gode opplevelser av å måtte lære oss ting vi ikke var så god på før. Et annet eksempel var at man måtte bevege seg mer for å unngå kollektivtrafikken.

De fleste meldte om at de hadde det bedre etter treffene. Selv om det var en annerledes måte og møtes på, så ga det den samme tryggheten som å møtes fysisk. Alle fikk komme til orde, vi brukte den samme formen som ved de fysiske treffene, og alle så hverandre på skjermen. Treffene ble derfor et trygt, normalt holdepunkt i alt det unormale. Samtidig ønsket alle å kunne møtes i virkeligheten så snart som mulig. Man savnet blikkontakten, å kunne lese kroppsspråk og det som går tapt i digitale møter.

3.3 Fokusgruppeintervju

Voksne for Barn fikk i oppdrag av Statens helsetilsyn å kartlegge ungdommers erfaringer med tjenesteapparatet under starten av covid-19-pandemien. Det var naturlig å spørre ungdommene i Ungt nettverk om hvilke erfaringer hadde de gjort seg angående endringer i ulike helse- og hjelpetjenester. Ni ungdommer fra Ungt nettverk i alderen 19-28 år deltok i et fokusgruppeintervju. Deltakerne kom fra kommuner på Østlandet, Nordland, Vestlandet og Trøndelag. ›

«Jeg ble rett og slett forbanna. Avtaler jeg hadde med NAV måtte utsettes, og jeg forstod ikke helt alvoret med en gang.»

I intervjuet kartla vi hvilke tjenestetilbud ungdommene hadde før og under lockdown, om de hadde fått god nok informasjon og om de evt. hadde fått alternative tilbud. Vi skulle også belyse hvordan deres livskvalitet hadde vært i denne fasen av pandemien. Noen av ungdommene hadde før lockdown kontakt med flere instanser i hjelpeapparatet. Andre opplevde at de kunne hatt behov for hjelp etter hvert, da de opplevde stadig større utfordringer.

I de digitale samlingene var fokus mest mulig på løsninger og hvordan man best kan mestre utfordringer i en vanskelig tid. I fokusgruppeintervjuet gikk vi mer i dybden på personlige erfaringer for å forstå hva som er utfordrende og hvordan man best kan møte behovene til unge i lignende situasjoner.

Felles for alle var at koronasituasjon og lockdown kom som et sjokk, og at den påtvungne isolasjonen, særlig i begynnelsen, opplevdes belastende og trist. Flere av ungdommene ble permittert fra jobb, eller måtte ha hjemmeundervisning. De som fortsatt kunne gå på jobb, opplevde det utrygt, var redde for å bringe smitte videre, eller for å bli smittet på arbeidsstedet.

Spesielt de som bodde alene, langt vekk fra familie, opplevde en ny type ensomhet som gjorde situasjonen vanskelig.

3.4 For dårlig og for sen informasjon

«Jeg ble rett og slett forbanna. Avtaler jeg hadde med NAV måtte utsettes, og jeg forstod ikke helt alvoret med en gang.» (Gutt 23 år)

De av ungdommene som mottok tilbud fra hjelpeapparatet, opplevde at dette brått tok slutt uten at de fikk noe beskjed eller alternativ. Samtlige ungdommer som var med i fokusgruppen, meldte at informasjonen fra hjelpeapparatet var for dårlig og kom for sent. En hadde en forestående innleggelse som ble utsatt på ubestemt tid. Ei jente kommenterte at hun hadde blitt utskrevet av sin behandler, men visste ikke om det var fordi hun var frisk, eller om det var fordi de ikke kunne gi henne tilbud på grunn av pandemien. Fortsatt vet hun ikke det. Noen av ungdommene fikk etter en stund tilbud om videosamtaler med sine behandlere. Dette opplevdes som et greit substitutt, men at det burde kommet før.

En av guttene fikk vite at han hadde vært i kontakt med en med påvist korona, og måtte dermed i karantene. Når han ble testet fikk han beskjed om at han skulle bli kontaktet av helsepersonell daglig inntil svaret forelå. Dette ble ikke fulgt opp, og han fikk ikke noe oppfølging fra helsepersonell inntil han selv ringte. Selv om det viste seg at han ikke var smittet, opplevde han uvissheten som svært vanskelig. Han var redd og ensom, hadde familie langt unna, og følte seg hjelpeløs. ›

> «Den største utfordringen ungdommene meldte var å ikke vite: få avlyst timer, ikke vite om man får behandlingstilbud, ikke vite hva man skal forholde seg til.»

En av jentene etterspurte flere hjelpetelefoner og at de som finnes ble bedre markedsført. Hun fortalte at hun hadde følt seg så ensom og redd, og at det hadde hjulpet bare å snakke med noen.

En annen jente fortalte at hun stort sett klarer seg bra, og at hun vanligvis ikke trenger samtalehjelp, men at hun under lockdown kjente på depressive tanker. Hun påpekte at dette nok gjaldt flere enn henne, spesielt hvis man har en sårbarhet fra før. Flere lavterskeltilbud, som for eksempel hjelpetelefoner, ville vært nyttig her. Kanskje slike tilbud i større grad burde få annonseplass både i de større nettavisene, som undertekst på tv, spesielt under de ukentlige pressekonferansene.

3.5 Større kreativitet for å organisere fysiske møter

I fokusgruppeintervjuet kom det også frem hvor viktig det var at noe i livet fortsatt var «normalt». Da video- og telefonsamtaler etter hvert ble et alternativ til tidligere fysiske møter mellom ungdom og behandler, opplevdes det greit for de fleste, men ungdommene etterlyste også mer kreativitet av hjelpeapparatet når det gjaldt å kunne ha fysiske samtaler. Men, som en av de sa: «I nøden er det selvsagt bedre enn ingenting».

3.6 Hva er det som virker

Basert på erfaringene fra både den digitale gruppen og fokusgruppeintervjuet er de viktigste forbedringene tjenestene kan gjennomføre å:

- holde brukerne oppdatert med informasjon, direkte til brukerne for eksempel på telefon og på digitale plattformer
- sørge for at det er lavterskeltilbud for de som trenger å snakke med noen
- få på plass flere hjelpetelefoner, og markedsføre dette på en slik måte at det er lett å bruke, og lett å finne frem til
- være mer kreative angående fysiske møter slik at ungdommene har mulighet til å treffe ansatte ved behov, selv om treffene ikke blir så hyppige

Vi står nå oppe i en situasjon der flere kommuner opplever lokal smitteoppblomstring. Det vil sannsynligvis påvirke både livssituasjonen og tjenestetilbudet til mange som er i lignende situasjon som ungdommene i Ungt nettverk. Den største utfordringen ungdommene meldte var å ikke vite: få avlyst timer, ikke vite om man får behandlingstilbud, ikke vite hva man skal forholde seg til. Det er en uvisshet som går ut over den psykiske helsen til unge i sårbare livssituasjoner. Derfor er det viktig at tjenestene nå er raskt ute med informasjon og at de forsikrer seg om at informasjonen faktisk når ut.

4

Norsk Forbund for Utviklingshemmede: Stresstesten

«Det er ingen grunn til å betvile at mange opplevde redusert tjenestene, dagtilbudet som forsvant, redusert bevegelsesfrihet og isolasjon.»

I følge VGs kartlegging [4] var det rundt 2700 personer med utviklingshemming som ble underlagt ulovlige besøksrestriksjoner.

NFU har samarbeidet med Helsetilsynet om brukerundersøkelsen som ble gjennomført i begynnelsen av september. Denne undersøkelsen viser at systemsvikten også ga seg andre utslag. Svarene viser at mange fikk redusert tjenestene, dagtilbudet forsvant og bevegelsesfriheten ble redusert. Mange følte seg isolert.

Undersøkelsen var i form av selvrapportering på nettbasert spørreskjema utsendt til de drøyt 4000 NFU-medlemmene som er registrert med e-postadresse. I tillegg ble omtale av undersøkelsen med lenke til spørreskjema lagt ut på NFUs nettside og på NFUs facebookside. Skjemaet ble besvart av 631 personer.

Kun 16 personer oppga at de fikk mer tjenester under pandemien enn før, mens 314 oppga at de fikk mindre tjenester enn før, mens 143 personer oppga at de fikk omtrent like mye tjenester som før.

11 personer oppga at dag- og aktivitetstilbudet økte under pandemien, mens 350 personer oppga at dag- og aktivitetstilbudet ble redusert eller forsvant helt. Blant de 287 respondentene som bodde i bofellesskap eller som var pårørende til personer i bofellesskap, oppga 163 at de under pandemien ikke fikk bevege seg som før. 197 kunne ikke få besøk som før, og 94 oppga at de følte seg isolert.

Tallenes tale er klar i sin uklarhet

Svarprosenten er lav og en kjenner lite til representativiteten i svarene. Det er vanskelig å komme med presise konklusjoner om hvor mange som opplevde alvorlige begrensninger i tjenestetilbudet og personlig frihet. Men slike presise tall trengs ikke. Om det var 10 000 eller 1000 personer som fikk begrenset sin frihet, så ville begge tilfellene ført til den samme konklusjonen, nemlig alvorlig systemsvikt. Hadde 10 personer opplevd slike endringer, så ville det neppe vært snakk om systemsvikt, men heller om tjenesteytere eller lokale myndigheter som misforsto.

Tallene i undersøkelsen peker i samme retning som VGs avsløringer og undersøkelser og i samsvar med NFUs erfaringer. Det er ingen grunn til å betvile at mange opplevde redusert tjenestene, dagtilbudet som forsvant, redusert bevegelsesfrihet og isolasjon.

Om å forstå tallene

Undersøkelsen til Statens helsetilsyn forteller at mange med utviklingshemming ble rammet urimelig hardt av pandemitiltakene, ›

men ikke hvorfor de ble såpass hard rammet. Skal en etablere en slik forståelse, må en benytte andre kilder.

Mer eller mindre alle andre aktuelle kilder viser at tjenestene til mennesker med utviklingshemming er under svak styring og kontroll. Både selvbestemmelse og medvirkning er lite utbredt blant mennesker med utviklingshemming, sammenlignet med andre voksne. Når overstyringen er normalen, så er det naturlig at overstyringen også gjelder under pandemier.

De kommunale tjenestene er under svak styring. Få politikere er kjent med forholdene. Rådmannen er heller ikke spesielt bevandret i kommunens bofellesskap. Kommunestyrene behandler få, om noen saker om livet i bofellesskapene. Men tjenestene er en stor kommunal utgiftspost som kommunen må ta stilling til i budsjettbehandlingen. Rapporteringen fra bofellesskapene opp over i det kommunale systemet viser at den stort sett begrenset til ressursbruk og personalforhold. Når styrerne ikke kjenner feltet som de skal styre, så kan en ikke forvente god styring.

Mennesker med utviklingshemming utsettes daglig for myndighetsovergrep. Det spesielle med pandemien var at den traff alle samtidig. Pandemien ble en stresstest som systemet ikke besto. Når myndighetene ikke har et egnet virkemiddelapparat, så betyr det at nasjonale myndigheter ikke har styring med sektoren, verken til daglig eller under pandemier.

5

Norges Parkinsonforbund: Mangelfullt tjenestetilbud og redusert livskvalitet og helse for mange med parkinson under pandemien

Artikkelen er skrevet av Ragnhild Stenshjemmet Støkket, helsefaglig rådgiver i Norges Parkinsonforbund

«Pandemitiden har påvirket helsetilbudet til personer med parkinson og ført til redusert helse og livskvalitet for mange.»

Norges Parkinsonforbund er en landsomfattende, partipolitisk uavhengig interesseorganisasjon for mennesker med parkinsonisme, deres pårørende og andre interesserte. Organisasjonen består av et sentralt ledd, 13 fylkesforeninger og 33 lokalforeninger. 5657 personer er medlemmer i organisasjonen hvor av 3915 har parkinsonisme, 802 er pårørende og 921 er støttemedlemmer. 76 prosent av medlemmene er over 65 år.

Da Norge ble nedstengt, opplevde mange av våre medlemmer å miste treningstilbud, rehabiliteringstilbud og tilbudet om regelmessig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Spesielt rammet dette de mest sårbare gruppene, personer som lever med en komplisert parkinson, eldre og de med kognitive utfordringer.

5.1 Brukerundersøkelse i samarbeid Helsetilsynet - presentasjon av data fra personer med parkinson

Pandemitiden har påvirket helsetilbudet til personer med parkinson og ført til redusert helse og livskvalitet for mange.

299 personer med parkinson og 76 pårørende har svart på undersøkelsen.

5.2 Et mangelfullt tjenestetilbud fører til en redusert helse

I undersøkelsen svarer 40 prosent av de med parkinson at de har fått et mangelfullt tjenestetilbud fra 12. mars, og 92 prosent av dem mener det har påvirket deres helsetilstand negativt. Funnene er forenlig med to nylig publiserte internasjonale studier [1,2]. Disse studiene peker særlig ut manglende rehabiliteringstilbud og oppfølging i spesialisthelsetjenesten som viktige faktorer. I denne undersøkelsen svarer 70 prosent at de helt eller delvis har mistet hele eller deler av rehabiliteringstilbudet. Flere opplevde også et mangelfullt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

40 prosent opplevde å få endret sitt tjenestetilbud helt eller delvis, og kun en av ti fikk være med å utforme det nye tilbudet. Halvparten opplevde å få for liten informasjon om endringene i tjenestetilbudet, og to av ti fikk ingen informasjon.

5.3 Redusert livskvalitet

De fleste med parkinson er mer utsatt for lungekomplikasjoner ved Covid 19 og har høyere mortalitet [3]. Dette skyldes delvis en høy alder i populasjonen, men også sykdommen i seg selv [3]. Med bakgrunn i FHI`s anbefalinger lever derfor de fleste med parkinson mer restriktivt enn ›

«Som nevnt innledningsvis ble de mest sårbare av medlemmene våre rammet spesielt hardt når treningstilbud og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten ble nedstengt i midten av mars.»

den generelle befolkningen, og vil derfor oppleve en større grad av isolasjon. 70 prosent av de som bodde på sykehjem svarer også i denne undersøkelsen at de følte seg isolerte, hadde mindre besøk og muligheter for å komme seg ut.

Studien «*Potential impact and challenges associated with Parkinson's disease patient care amidst the COVID-19 global pandemic*" [(2)] beskriver økt grad av isolasjon som en av de viktigste faktorene for redusert livskvalitet. I undersøkelsen svarer 52 prosent av personene med parkinson å ha fått en redusert livskvalitet under pandemien, men det er ikke målt indikatorer som viser årsaken for den oppgitte reduksjonen.

5.4 Pårørende

40 prosent av de pårørende hadde bidratt mer under pandemitiden enn ellers. Tre av ti meldte at personen med parkinson fikk et redusert tjenestetilbud fra hjemmebaserte tjenester. Pårørende opplevde også kutt i tjenester som tilbud om korttids-/avlastningsplass på sykehjem og praktisk hjelp. Tilbudet om dag-/aktivitetssenter falt helt eller delvis bort. To av ti pårørende ga mindre hjelp i pandemiperioden, og dette skyldes i hovedsak redsel for å smitte personen med sykdommen.

5.5 Andre erfaringer fra pandemien

Som nevnt innledningsvis ble de mest sårbare av medlemmene våre rammet spesielt hardt når treningstilbud og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten ble nedstengt i midten av mars. Personer som lever med en komplisert parkinson krever tett oppfølging fra et tverrfaglig team hvor symptomer avdekkes og adekvat behandling innsettes eller iverksettes innen kort tid. Blant annet ble oppstart av avansert behandling med pumpe og stimulatorer utsatt med flere måneder, batteriskifter for stimulatorer ble satt på vent og kontroller for regulering av behandlingene ble utsatt. Dette satte personene med parkinson i en situasjon der de var avhengig av hjelp fra andre, og de ble frarøvet muligheten til et aktivt liv. Personer med uavklart parkinson fikk ikke utredning og måtte leve lenge i et usikkerhetsrom uten diagnose. Flere rapporterte om høy grad av stress, depresjon og en økende usikkerhet. De fortalte om dårlig fungering i hverdagen, sykemelding og redusert sosialt liv.

Mange tjenesteaktører opprettet etter få uker tilbud om oppfølging via ulike telemedisinløsninger eller digitale samhandlingsverktøy. Disse løsningene ble av helsepersonell og personer med parkinson oppfattet som lite egnet for store deler av parkinson populasjonen. Barrier for bruk var manglende evne til å håndtere datautstyr på grunn av fysiske ›

symptomer, dårlig stemme og kognitive utfordringer. I tillegg opplevde helsepersonell utfordringer med den eldre populasjon som ikke var vant med å bruke ulike teknologiske løsninger.

Forbundets helsefaglige rådgiver opplevde en betydelig økning av henvendelser fra både personer med parkinsonisme og deres pårørende. Spørsmålene handlet mye om sykdommen, utredning, oppstart av/justering/endring av behandling. Mange virket bekymret for egen eller partnerens helse og livssituasjon. Norges Parkinsonforbund valgte derfor, i samarbeid med fagpersoner og fagveilederne i ParkinsonNet, og styrke tilgangen på fagpersoner gjennom forbundet. Det ble utarbeidet filmer med tips og råd, opprettet nettmøter, webinarer og livesendinger med logoped, ernæringsfysiolog, ergoterapeuter, parkinsonsykepleiere, familieterapeut, trygdejurist, nevrolog og fysioterapeut. Disse fagpersonene ble også innlemmet i forbundets «spørsmål- og svar-tjeneste», hvor det er mulig å stille spørsmål på e-post. Alle tjenestene ble og blir anvendt i stor grad, og det er tydelig at vi bidrar til å dekke et behov.

Mange personer med parkinson beskriver å føle seg ensomme og isolerte. Deres naturlige møteplasser via foreningen og treningstilbud, har vært nedstengt, og den sosiale kontakten med andre har blitt betydelig redusert. Mange pårørende er bekymret for en økt grad av utvikling av depresjon og redusert livskvalitet hos sin nære. Samtidig beskriver de en manglende tilgang på tjenester fra psykiatrien.

Pårørende rapporterte om bekymringer for oppfølging av sin kjære på sykehjem. De fleste opplevde å ikke kunne besøke sin nærmeste eller å ha svært begrenset kontakt, over en lengre periode. De meldte om liten eller manglende dialog med institusjonen og sin kjære. Ved første besøk opplevde de en reduksjon av helsetilstand, vektnedgang, nye symptomer eller komplikasjoner.

Mange i de sårbare gruppene opplevede barrierer for å delta på sosiale medier og via digitale verktøy. Organisasjonen har derfor, i samarbeid med Serit AS, gitt tillitsvalgte og likepersoner opplæring i bruk av det digitale samhandlingsverktøyet Teams. Opplæringen har krevd en del tilpasninger for å nå brukergruppen, og det var essensielt å kunne tilpasse den individuelt. Det ble også utviklet parkinsonvennlige manualer og instruksjonsfilmer som gjør det mulig for personer med parkinson å kunne lære seg å anvende verktøyet. Vi ser at dette har fjernet en del av barrierene for å delta i digitale møter. ›

5 Norges Parkinsonforbund: Mangelfullt tjenestetilbud og redusert livskvalitet og helse for mange med parkinson under pandemien

5.6 Forbedringspotensialer

Nøkkelen til en optimal parkinsonbehandling er et tett samarbeid og dialog mellom personen med parkinson, deres pårørende og et tverrfaglig ekspert-team. Iverksetting av nye tiltak må gjøres i samhandling med personen som har sykdommen og de nærmeste pårørende, og deres ønsker bør vektlegges tungt.

Informasjon om iverksetting av nye tiltak og opplæring må tilpasses hver enkelt, og det må tas høyde for sårbarhetene som fysiske og psykiske hindringer, kognitiv svikt, alderdom og komplisert sykdom.

Oppfølging via telemedisin og andre digitale løsninger kan være en god løsning og kan fungere for de fleste [1,2], men det kreves opplæring som er tilpasset brukergruppen og individuell oppfølging.

Litteraturliste

1 Helmich RC, Bloem BR. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Parkinson's Disease: Hidden Sorrows and Emerging Opportunities. J Parkinsons Dis. 2020;10(2):351-354.

2 Elbeddini A, To A, Tayefehchamani Y et al. Potential impact and challenges associated with Parkinson's disease patient care amidst the COVID-19 global pandemic. J Clin Mov Disord 2020; 7(7).

3 Zhang Q, Schultz JL, Aldridge GM et al. Coronavirus Disease 2019 Case Fatality and Parkinson's Disease. Mov Disord. 2020 Sep 21:10.1002/mds.28325.

6

Kreftforeningen: Koronapandemiens konsekvenser for kreftpasienter og pårørende

Artikkelen er skrevet av spesialrådgiver Jorunn Valle Nilsen og seksjonssjef Frank Hernes, Kreftforeningen

Kreftforeningen er en av de største bruker- og interesseorganisasjonene i Norge, med over 113 500 medlemmer og 27 000 frivillige og 190 medarbeidere. Kreftforeningen arbeider for å forebygge og bekjempe kreft, samt bedre livskvaliteten for pasienter og pårørende.

Hvert år får nær 35 000 personer kreft, og det er over 294 000 menn og kvinner i Norge som har hatt kreft eller som lever med sin kreftsykdom. I likhet med andre pasientgrupper, ble også kreftpasienter berørt da myndighetene i mars innførte sine smittevernstiltak. Helsemyndighetene definerte kreftpasienter generelt som en risikogruppe i den første tiden av pandemien. Det skyldes at noen kreftpasienter har økt risiko for å bli smittet på grunn av nedsatt immunforsvar av kreftbehandling og økt risiko for et mer alvorlig sykdomsforløp ved en eventuell smitte av viruset. I mai kom informasjon fra Folkehelseinstituttet som viste at kreftpasienter har noe lavere risiko enn først var antatt, selv om enkelte kreftpasienter, for eksempel de som mottar cellegift og andre målrettede kreftbehandlinger som kan påvirke immunforsvaret, fremdeles har økt risiko sammenlignet med friske personer.

Kreftforeningen opplevde tidlig stor pågang fra pasienter og pårørende. Mange hadde spørsmål om kreft og korona og var bekymret for å være i risikogruppen og hva det innebar. Det var også mange som var engstelige for at pandemien og myndighetens smittevernstiltak skulle føre til at de ikke ville få nødvendig kreftbehandling eller annen oppfølging av kreftsykdommen. Som en bruker- og interesseorganisasjon, har det vært viktig for Kreftforeningen å bidra til å synliggjøre kreftpasienters og pårørendes opplevelser og erfaringer gjennom pandemien. Gjennom vår deltagelse i Helsetilsynets brukerutvalg, har det derfor vært naturlig å samarbeide om en felles undersøkelse for å belyse hvilke konsekvenser koronapandemien har hatt for kreftpasienter og andre brukere av helsetjenesten.

Resultatene baserer seg på svar fra 323 personer hvor 291 har eller har hatt kreft og 32 er pårørende til kreftpasienter. Respondentene er rekruttert fra Kreftforeningens brukerpanel som er et webpanel bestående av kreftpasienter, tidligere kreftpasienter, pårørende og etterlatte. Undersøkelsen ble sendt til i alt 841 personer. Det gir en svarprosent på 38. Blant de 291 personene som har eller har hatt kreft i utvalget, så er 24 prosent under kreftbehandling, 66 prosent er ferdig med sin kreftbehandling, men går fortsatt til kontroller eller får annen oppfølging etter kreftsykdom og 10 prosent er ferdig med all kreftbehandling. I gruppen pårørende, er flest som er pårørende til ektefelle eller foreldre med kreft. ›

6.1 Endringer i planlagt behandling og kontroller og et mangelfullt rehabiliteringstilbud

I undersøkelsen har vi sett nærmere på kreftpasienters og pårørendes erfaringer med kreftbehandling og øvrige tjenestetilbud under pandemien og hvordan endringer har påvirket livskvalitet og helse. Vi vil først presentere de viktigste resultatene og deretter se de i sammenheng med andre erfaringer vi har fått siden mars.

Endringer i planlagt kreftbehandling og kontroller

Denne undersøkelsen viser at kreftpasienter i noen grad har opplevd utsettelser i planlagte prøver/undersøkelser, behandling og kontroller i forbindelse med sin kreftbehandling. 8 prosent av utvalget oppgir at de har opplevd at prøver eller undersøkelser har blitt utsatt, mens 3 prosent oppgir at de ikke har fått tilbud i det hele tatt. Når det gjelder kreftbehandling, så er det 14 prosent av dem som er under behandling som svarer at de har opplevd utsettelser, men det er ingen som oppgir at de ikke har fått tilbud. De aller fleste har også fått gjennomført sine kontroller på sykehus eller hos fastlege som planlagt, eller i form av videokonferanse/telefon. 1 av 5 oppgir at de har opplevd å få sin kontroll på sykehus utsatt.

Endringer og bortfall av andre tilbud og tjenester

Når det gjelder øvrige tjenester, så svarer halvparten (55 prosent) at tjenestene deres alt i alt, jevnt over har fortsatt som før, mens 1 av 4 oppgir at de har fått mindre eller mye mindre tjenester enn før. En liten andel, 5 prosent, oppgir at tjenestene deres har falt helt bort.

Blant de som har hatt behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, har over halvparten (55 prosent) fått utsettelser, eller ikke noe tilbud om rehabilitering. Når det gjelder andre tilbud til pasienter og pårørende i spesialisthelsetjenesten som eksempelvis mestringskurs og pasient- og pårørendeopplæring, er det hele 86 prosent som oppgir at de ikke har fått tilbud eller at det er blitt utsatt. Tilsvarende ser vi at 1 av 3 oppgir at kommunale rehabiliteringstjenester som fysioterapi, ergoterapi, logopedi og lignende falt helt bort under pandemien, mens 1 av 3 mener at de har fått mindre eller mye mindre rehabiliteringstjenester.

Undersøkelsen viser også at endringene i eller bortfall av tjenester i liten grad har skjedd på initiativ fra pasientene selv. Bare 9 prosent oppgir at de selv i stor eller i svært stor grad tok initiativ til å endre tjenestene. 2 av 3 mener at de har fått den informasjonen de trengte om endringer i tjenestene, mens resten har enten ikke fått informasjon eller gjerne skulle hatt mer informasjon. ›

«Statistikken over pakkeforløp for kreft, som er nasjonale standardiserte pasientforløp, viser at det er betydelige færre som har fått en kreftdiagnose i særlig april og mai i år, sammenliknet med samme periode i fjor.»

Sammenlignet med tiden før pandemien, så opplever 3 av 4 nå at tilgangen på tjenester er som før, mens 1 av 4 mener at tilgangen er dårligere eller langt dårligere enn før. 9 prosent oppgir at de i svært stor eller stor grad er bekymret for om de vil få de tjenestene de har behov for så lenge pandemien pågår.

Dårligere helse og livskvalitet

En fjerdedel opplever at helsen deres har vært dårligere eller mye dårligere under pandemien sammenlignet med tiden før, mens resten opplever at helsen er ved den samme og en liten andel oppgir at de har fått bedre helse. Det er imidlertid en høyere andel som opplever at livskvaliteten har blitt dårligere. 2 av 5 mener at livskvaliteten deres har vært dårligere eller mye dårligere enn tidligere. Drøye halvparten oppgir at livskvaliteten har vært som før og 8 prosent opplever at de har hatt bedre livskvalitet.

Endringer i pårørendearbeid

Det kan synes som om endringer i tjenestene også har medført at pårørende har måtte gjøre mer pårørendearbeid. Pårørende til kreftpasienter utgjør en liten gruppe av utvalget, men 1 av 3 oppgir at de har gjort mer eller langt mer pårørendearbeid som følge av endringene i tjenestene, mens 2 av 3 mener at de ikke har gjort mer pårørendearbeid.

6.2 Oppsummering av resultater og andre erfaringer

Helsetilsynets undersøkelse baserer seg på svar fra et mindre utvalg kreftpasienter som er i et behandlingsforløp og gir ikke alene et samlet bilde av konsekvensene av koronapandemien, men funnene samsvarer godt med andre erfaringer Kreftforeningen har gjort seg i perioden mars til september.

Da sykehusene gikk i gul beredskap i mars, var Kreftforeningen raskt ute og uttrykte bekymring for at dette kunne få konsekvenser for gjennomføring av kreftbehandlingen. I tiden som har gått har kreftpasienter vært prioriterte selv om det har vært noe utsettelser av kontroller og behandlinger. Kreftforeningen er imidlertid også urolig for at pandemien har medført forsinkelser i diagnostisering av nye krefttilfeller, som igjen kan føre til tøffere behandlingsforløp og dårligere prognoser. Statistikken over pakkeforløp for kreft, som er nasjonale standardiserte pasientforløp, viser at det er betydelige færre som har fått en kreftdiagnose i særlig april og mai i år, sammenliknet med samme periode i fjor. Det er ingen grunn til å tro at det er færre som har fått kreft, men Kreftforeningen frykter at folk har latt være å ›

oppsøke legen fordi de er engstelige for å bli smittet med koronaviruset, eller fordi de ikke vil oppta plass i det de har oppfattet som en allerede presset helsetjeneste. Ettersom tiden har gått har vi også sett en annen trend, og det er at andelen som har kommet inn i et pakkeforløp har sunket, men dette har vi foreløpig ikke fått en god forklaring på. Vi antar at dette sannsynligvis har en sammenheng med hvordan sykehusene prioriterer. Kreftforeningen synes det er bekymringsfullt at stadig færre får oppleve tryggheten og forutsigbarheten som et pakkeforløp er ment å gi. Når det er sagt, så viser statistikken at andelen som har fått behandling innen pakkeforløpstidene har økt, som kan vitne om at det har vært god kapasitet for de som har vært i et pakkeforløp.

Det er også verdt å nevne at det i mars ble en stans i screeningprogrammene for kreft. Livmorhalsprogrammet sluttet å sende ut påminnelser om celleprøve, og da utsendelsene kom i gang igjen i midten av mai, var det totalt 82 000 påminnelser som ikke hadde blitt sendt ut i perioden. I perioden fra 12. mars til utgangen av august har omkring 25 000 færre kvinner tatt livmorhalsprøve. Også all rutinemammografi ble stanset i midten av mars. Programmet er i gang igjen, og alle berørte kvinner vil bli kontaktet av Mammografiprogrammet med tilbud om ny time. Normalt møter omkring 1100 kvinner til mammografi i løpet av en uke, og omkring 30 brystkrefttilfeller blir oppdaget. I korte trekk innebærer det at screeningundersøkelser blir utsatt, at kreftdiagnoser kommer senere enn om det ikke var tilfelle.

Kreftsykdom og behandling kan være en påkjenning, både fysisk og psykisk, også etter at kreftbehandlingen er avsluttet. Mange kreftpasienter vil derfor ha behov for andre tjenester og tilbud, i tillegg til behandlingen for kreftsykdommen. Fysisk opptrening, psykososial støtte i form av støttesamtaler med fagpersoner og likepersoner, mestringskurs, kostholdsveiledning og fysioterapi, er blant de mest rapporterte behovene hos kreftpasienter. Kreftpasienter kan også ha behov for en lang rekke andre tjenester som f.eks. tannbehandling, veiledning om økonomiske ytelser og rettigheter, bistand for å komme tilbake til arbeid, praktisk hjelp og tilrettelegging i hjemmet. Myndighetenes tiltak medførte at for eksempel fysioterapi og andre rehabiliterings- og mestringstilbud ble midlertidig ble stengt, eller har måtte legge om driften.

Det er derfor ikke overraskende at en stor andel av kreftpasientene i denne undersøkelsen har opplevd utsettelser i denne typen tilbud i både spesialisthelsetjenesten og i kommunen der de bor. Dette er tilbud som er viktig for at kreftpasienter og pårørende kan leve best mulige liv under og etter kreftsykdom og for at de skal komme seg raskere etter behandling og forebygge funksjonstap. ›

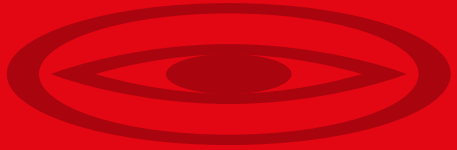
Tiden vi har vært igjennom har vært krevende for mange. Dårligere helse og livskvalitet kan ha en sammenheng med endringer og bortfall av tilbud og tjenester, men for mange har tiden også medført bekymringer og mindre kontakt og sosial omgang med sine nærmeste. Undersøkelser gjort blant medlemmer i pasientforeningene og Kreftforeningens brukerpanel tidlig i pandemien, viste også noen kreftpasienter helt eller delvis isolerte seg i hjemmene sine i frykt for å bli smittet. Dette har naturlig nok vært belastende både for de som selv har kreft, men også for de som er pårørende.

6.3 Hva nå?

Fremover er det viktig å sikre god kvalitet i kreftbehandlingen, og at pasienter får god informasjon og opplever størst mulig grad av forutsigbarhet. Ved eventuelle endringer som vil medføre utsettelser av behandling og kontroller, er det viktig å sørge for at kreftpasienter får tilstrekkelig med informasjon og forklaring på hvorfor, slik at dette ikke skaper utrygghet for dem det gjelder. Det er også viktig å opprettholde et godt tilbud om kreftscreening og oppfordre folk til deltagelse i screeningprogram, og ikke minst til å oppsøke lege ved tegn på sykdom.

Det er positivt å se at en stor andel opplever at tilgangen på tjenester er i ferd med å vende tilbake til det normale, men det er fortsatt en del tilbud til pasienter og pårørende som ikke er i tilbake i normal drift, særlig gjelder dette gruppebaserte tilbud. Kreftforeningen har digitalisert flere av sine tilbud til pasienter og pårørende og samtidig etablert nye tilbud som skal være til hjelp og støtte i en krevende tid. Om det ikke er mulig å gjennomføre tilbud som fysisk oppmøte av hensyn til smittevern, bør også tjenestene i enda større grad legge til rette for digitale løsninger eller alternative måter å gjennomføre sine tilbud på, slik at pasienter og pårørende i størst mulig grad får dekket sine behov. Det er også viktig å sikre at pårørende blir godt i varetatt i tiden fremover, særlig gjelder dette barn og ungdom som pårørende.

Del 3
Helsetilsynets vurderinger



7

Helsetilsynets oppsummering og vurderinger

«Tilgang på pasient- og brukererfaringer er sentralt når fylkesmennene og Helsetilsynet skal identifisere risikoområder, planlegge og utvikle treffsikre tilsynsaktiviteter for resten av 2020 og for 2021.»

Pandemien og smitteverntiltakene har ført til store endringer i samfunnet. Det overordnede formålet med undersøkelsen har vært å løfte fram brukeres, pasienters og pårørendes erfaringer med tjenestetilbudet under koronapandemien. Brukerperspektivet er særlig nyttig for å forstå konsekvenser av smitteverntiltakene av tre grunner: **1)** Brukere gir umiddelbar tilbakemelding, **2)** brukere kan fortelle om konsekvenser ved bortfall av tjenester, og **3)** brukere opplever de samlede konsekvensene når flere ulike tjenester gjør endringer.

Tilgang på pasient- og brukererfaringer er sentralt når fylkesmennene og Helsetilsynet skal identifisere risikoområder, planlegge og utvikle treffsikre tilsynsaktiviteter for resten av 2020 og for 2021. I denne rapporten vurderer vi resultatene fra brukerundersøkelsen i kraft av å være tilsynsmyndighet. Resultatene fra undersøkelsen er ikke alene tilstrekkelig for å kunne gjøre en konkret lovlighetskontroll av tjenestene. Men vi kan peke på forhold som vi mener kan utfordre kvalitet og sikkerhet i tjenestene, og som potensielt kan være i strid med krav og forventninger i lovgivningen.

Med utgangspunkt i krav i lovgivningen formidler vi som tilsynsmyndighet overordnede forventninger til hvordan tjenestene skal forholde seg til de risikoområder og kvalitetsutfordringer som vi påpeker. Brukererfaringer er en viktig kilde til å forstå fare for svikt, og sammen med egne aktivitetsdata og annen risikoinformasjon har virksomheten et godt grunnlag for å gjøre slike vurderinger. Det er avgjørende at tjenestene jevnlig og systematisk gjennomgår virksomheten selv, setter i verk tiltak for rette eksisterende feil og forebyggende tiltak for å hindre fremtidige feil når det er nødvendig.

Funnene er ikke representative for alle brukere og pasienter i Norge. To forhold gjør at Helsetilsynet likevel legger vekt på det som har kommet fram i denne undersøkelsen. For det første gjelder det funn som vi gjenfinner på tvers av organisasjoner. For det andre gjelder det funn hvor antallet svar i absolutte tall er høyt. Helsetilsynet mener dette er solide funn som kan ligge til grunn for å peke på områder som tjenestene skal være særlig oppmerksomme på i sine risikovurderinger.

7.1 Får sårbare brukere tilstrekkelig med tjenester til å få dekket sine grunnleggende behov?

Om lag en tredjedel av respondentene i spørreundersøkelsen oppgir at tjenestene fortsatte som før og cirka 2 prosent at de fikk mer tjenester enn de har hatt tidligere. Samtidig oppgir en stor andel av respondentene at både helse og livskvalitet var den samme som før pandemien (henholdsvis 65 og 45 prosent). Det er positivt og kan tyde på at en del virksomheter har funnet gode løsninger i en presset situasjon. ›

«Samlet sett tegner disse resultatene et bilde som gir grunn til å stille spørsmål ved om disse brukerne får dekket sine grunnleggende behov og får forsvarlige tjenester.»

Resultatene gir allikevel grunn til bekymring for hvordan situasjonen er for noen av de mest sårbare brukerne og pasientene. Over halvparten av respondentene som har svart på den nettbaserte spørreundersøkelsen, har opplevd å få mindre tjenester enn før pandemien. Om lag en tredjedel oppga at helsen ble dårligere, mens nesten halvparten svarte at livskvaliteten ble dårligere. Blant de som svarte at de hadde fått mindre tjenester under pandemien svarte 60 prosent at tilgangen på tjenester fortsatt var dårligere eller langt dårligere enn før pandemien.

Nærmere 70 prosent av de som har svart på spørreundersøkelsen, er i det vi har definert som sårbare grupper. Det er til dels de som har behov for omfattende bistand store deler av døgnet, og til dels de som har behov for sammensatte tjenester. I disse to gruppene svarer mange at tjenesten har falt helt bort eller har blitt redusert. Mange rapporterer også om redusert helse og livskvalitet. I september da undersøkelsen ble gjennomført, svarer mer enn 45 prosent i denne gruppa at tjenestene fortsatt er redusert sammenliknet med før pandemien. Samlet sett tegner disse resultatene et bilde som gir grunn til å stille spørsmål ved om disse brukerne får dekket sine grunnleggende behov og får forsvarlige tjenester.

Pandemien er nå over i annen fase, og vi er igjen i en situasjon med økende smittepress som kan føre at det blir behov for å gjøre endringer i tjenestene. I forbindelse med lokale utbrudd og plutselige karanteneuttak av personell kan virksomhetene komme i unntakstilstander av kortere varighet. Helsetilsynet forventer at virksomhetene innfører smitteverntiltak uten at det får urimelige konsekvenser for sårbare grupper. Tjenestene har plikt til å ha oversikt over sårbare brukere og plikt til å gjøre fortløpende vurderinger av om tjenestene er forsvarlige og i samsvar med de behov brukerne har. Virksomhetene må gjøre individuelle vurderinger av hvilke konsekvenser endringer i tjenestetilbudet får for den enkelte og iverksette kompenserende tiltak når det er nødvendig.

7.2 Informasjon og medvirkning er ekstra viktig ved reduksjon i tjenester

Brukernes og pårørendes rett til medvirkning er lovfestet. Ved endringer i tjenestene skal brukere og pasienter få nødvendig og tilpasset informasjon og mulighet til å medvirke – også under en pandemi.

I spørreundersøkelsen svarte mer enn 75 prosent av de som opplevde å få mindre tjenester under pandemien, at de i liten eller svært liten grad fikk medvirke når tjenestetilbudet ble endret. De som har opplevd at tjenester har falt helt bort eller har fått mye mindre tjenester, oppgir også at de gjerne ville hatt mer informasjon. Ungdommene i fokusgruppeintervjuet ga tydelig uttrykk for at det miste hjelp de skulle ›

«Når det må gjøres endringer i tjenestetilbudet, må brukerne få nødvendig informasjon og mulighet til å medvirke.»

hatt var vanskelig i seg selv, men det å ikke få tilstrekkelig informasjon skapte ytterligere utrygghet og uforutsigbarhet. Flere av brukerorganisasjonene som er med i undersøkelsen nevner det samme i sine artikler.

Når det må gjøres endringer i tjenestetilbudet, må brukerne få nødvendig informasjon og mulighet til å medvirke. Helsetilsynet forventer at tjenestene er spesielt oppmerksomme på at behovet for god og tilpasset informasjon kan være ekstra stort under pandemien. Informasjon er en forutsetning for at brukere og pasienter skal kunne medvirke, komme med innspill og ønsker og dermed får mulighet for å påvirke endringer i tjenestetilbudet. Informasjon og medvirkning er i mange tilfeller en forutsetning for forsvarlige tjenester, og vi forventer at tjenestene går ekstra runder med brukere, og pårørende når det er aktuelt, for å få og gi informasjon.

7.3 De som bor i bemannet bolig har samme behov for sosial kontakt som andre – også under pandemien

I gruppen med sårbare brukere finner vi blant annet de som har svart at de bor i bemannet bolig. Mange av disse er personer med ulik grad av utviklingshemming som har behov for praktisk bistand og støtte store deler av døgnet. De kan ha behov for helsehjelp og kan trenge hjelp og støtte for å kunne delta i ulike sosiale sammenhenger på lik linje med andre.

I denne undersøkelsen svarer en stor andel av respondentene at de har hatt dårligere livskvalitet på grunn av pandemien, og at de har opplevd store begrensninger knyttet til å kunne bevege seg utenfor boligen, å kunne få besøk og å kunne kontakte andre.

En bemannet bolig er et privat hjem som brukeren enten eier selv eller leier av kommunen eller annen utleier. En kartlegging som avisen Verdens Gang gjennomførte, viste at flere kommuner tidlig i pandemien hadde iverksatt besøksbegrensninger i private hjem hos svært mange personer med utviklingshemming. Uhjemlet tvangsbruk er i strid med lovverket og skal ikke finne sted – heller ikke under en pandemi. Problemstillingen har fått stor oppmerksomhet i samfunnsdebatten, Helsedirektoratet har utarbeidet utfyllende veiledning til hvordan regelverket skal forstås og praktiseres, og Fylkesmennene har fulgt dette opp ovenfor kommunene. Helsetilsynet legger derfor til grunn at tjenesten nå har en langt bedre kjennskap til regelverket og hvordan det skal praktiseres, sammenliknet med akuttfasen av pandemien i mars. Tjenestene må balansere brukernes behov og grunnleggende rettigheter mot behovet for å sette i verk ulike smitteverntiltak, og det er avgjørende at brukerne får medvirke. Helsetilsynet forventer også at fylkesmennene forsetter å ha fokus på dette i dialogen med og oppfølgingen av kommunene. ›

7.4 Pårørende på strekk når de må kompensere for reduserte tjenester over lang tid

I spørreundersøkelsen ga vi pårørende anledning til å svare på vegne av bruker/pasient. Opp mot 70 prosent av de pårørende som har svart, har gitt langt mer bistand og støtte under pandemien enn tidligere. Pårørende har i stor grad dekket opp for eller kompensert for reduksjoner i tjenestene. Ulike avlastningstiltak og dag- og aktivitetstiltak er viktige tjenester for at pårørende skal få pusterom når de står i krevende omsorgssituasjoner over lang tid. De har rapportert at denne type tjenester ble tatt helt bort eller redusert betydelig under pandemien.

Når det tar lang tid før tjenestetilbud åpner opp igjen og blir normalisert, og pandemien fortsetter i lang tid framover, står pårørende står i fare for å slite seg ut. Dette er et aspekt som virksomhetene bør ta med i betraktning når de gjør risikovurderinger.

8 Litteratur

1 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020. En nettbasert spørreundersøkelse. Internserien 10/2020. Oslo: Statens helsetilsyn, 2020.

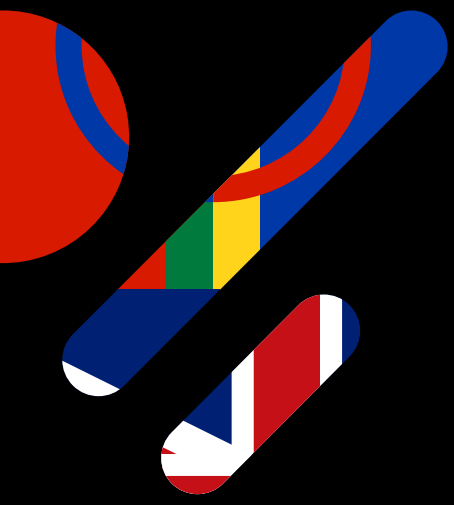
2 Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020 - En fokusgruppeundersøkelse. Internserien 11/2020. Oslo: Statens helsetilsyn, 2020.

3 Aktivitetsutvikling frem til august 2020. Rapport IS-2953. Oslo: Helsedirektoratet, 2020.

4 Besøksforbudet. Artikkelserie i VG: Da Norge stengte ned. Hvordan tok vi vare på de sårbare under pandemien? VG høsten 2020. https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/86w9r2/besoeks-forbudet Lest 2. november 2020.

9

Samisk og engelsk sammendrag



Pasieanta- ja geavaheddjiidvásáhusat bálvalusaiguin koronapandemiijas 2020:s

Čoahkkeraporta jearaldatskovveiskkadeamis ja fokusjoavkkojearahallamiin. Oktasašprošeakta gaskal Dearvvašvuođabearráigeahču geavaheddjiidráđi ja Dearvvašvuođabearráigeahču

RAPORTA DEARVVAŠVUOĐABEARRÁIGEAHČUS • 6/2020 SKÁBMAMÁNNU 2020

Koronapandemiija lea váikkuhan máŋgga geavaheaddjijoavkku bálvalusfálaldahkii. Dearvvašvuođabearráigeahčču lea ovttasbargan Geavaheddjiidráđiin geavaheaddjiiskkademiin. Mii háliideimmet čalmmustahttit makkár rievdamat leat leamaš bálvalusain pandemiija áiggi ja makkár váikkuhusat dáid rievdamiin leat leamaš geavaheddjiid ja pasieanttaid dearvvašvuhtii ja eallinkvalitehtii.

Raportas ovdanbuktojuvvojit iskkadeami bohtosat ja árvvoštallamat. Olusat vástidit ahte sii leat ožžon unnánat bálvalusaid ja heajut dearvvašvuođa ja eallinkvaliteahta. Čakčamánus leat máŋggas geat vástidit ahte bálvalusain ii leat seamma dássi dál go lei ovdal pandemiija. Lagabui 70 proseantta sis geat leat vástidan jearaldatskovi, leat hearkkit. Leat geavaheaddjit geat ožžot ollu veahki stuorrá osiid jándoris, ja geavaheaddjit geain leat máŋggabealat bálvalusat. Stuorra oassi oapmahačča in leat mealgat eanet veahkehan pandemiija áiggi.

Eatnašat sis geat leat ožžon unnánat bálvalusaid, vástidit ahte sii unnán dahje hui unnán besse ieža váikkuhit go bálvalusfálaldat rievdaduvvui. Sii háliidedje maid eanet diehtojuohkima. Go bálvalusat rievdaduvvojit de galget geavaheaddjit ja pasieanttat oažžut dárbbašlaš ja heivehuvvon diehtojuohkima ja sis lea riekti váikkuhit dasa – maiddá go lea pandemiija.

Lea sivva fuolastuvvot go oaidná bohtosiid mat muitalit mo muhttin daid hearkkimus geavaheddjiid dilli lea. Lea geatnegahtton ahte bálvalusas lea oppalašgeahčastat geavaheddjiid dáfus geain leat viiddis ja máŋggabealat bálvalusat ja lea geatnegasvuohta áiggis áigái dahkat individuálalaš árvvoštallamiid leatgo bálvalusat dohkálačča t ja oktiivástiditgo dárbbuiguin mat geavaheaddjis leat. Dearvvašvuođabearráigeahčču vuordá ahte doaimmahagat ásahit doaibmabijuid eastadit njoammuma almma ahte dat mielddisbuktá vuoigatmeahttun váikkuhusaid hearkkes joavkkuide.

Patient and user experiences of services during the coronavirus pandemic 2020

Combined report from a survey and a focus group interview. A joint project by the Norwegian Board of Health Supervision's User Council and the Norwegian Board of Health Supervision

REPORT OF THE NORWEGIAN BOARD OF HEALTH SUPERVISION
• 6/2020 NOVEMBER 2020

The coronavirus pandemic has impacted on the services provided to many user groups. The Norwegian Board of Health Supervision has cooperated with the User Council concerning a user survey. We wanted to investigate changes in services during the pandemic and the impact that these changes have collectively had as regards the health and quality of life of users and patients.

The report describes the survey results and assessments. Many respondents stated they had received fewer services and experienced poorer health and quality of life. In September, many respondents stated that services had not returned to the level they were at before the pandemic. Almost 70 percent of those who answered the questionnaire are vulnerable. There are users who need considerable assistance throughout much of the day, as well as users who receive complex services. Many of their next of kin have provided far more assistance during the pandemic.

Most of those who had received fewer services responded that they were not consulted to any significant extent when the services were amended. They also wanted to be given more information. In the event of changes to services, users and patients must receive the tailored information they need and have the right to be involved in determining their care, even under a pandemic.

The results raise concerns as regards what the situation is like for some of the most vulnerable users. The services are obliged to monitor users who are receiving comprehensive and complex services and have a duty to carry out ongoing individual assessments regarding whether the services are justifiable and meeting the needs of users. The Norwegian Board of Health Supervision expects the health trusts to introduce infection control measures without unreasonable consequences for vulnerable groups.

Videre lesning på www.helsetilsynet.no

› Koronapandemien samleside.
Nyheter og dokumenter fra Helsetilsynet.

› Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder. Rapport nr.2
Rapport fra Helsetilsynet 5/2020

› Tilsyn med tjenester til sårbare barn og unge under koronaepidemien. Gjennomgang av spesialisthelsetjenestens behandlingskapasitet innen psykisk helse for barn og unge
Rapport fra Helsetilsynet 4/2020

› Hvordan er tilbudet til barn og unge i somatisk spesialisthelsetjeneste påvirket av koronapandemien?
Internserien 9/2020

› Kartlegging av smittevern i hjemmetjenesten i kommunene
Internserien 5/2020

› Følge med og følge opp pandemien - informasjons- og kunnskapskilder. Rapport nr.1 Internserien 4/2020

Alle utgivelser i **Rapport fra Helsetilsynet** finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på www.helsetilsynet.no

ISBN 978-82-93595-36-6
Rapport fra Helsetilsynet 6/2020
Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020. Samlerapport fra spørre-undersøkelse og fokusgruppeintervju. Samarbeidsprosjekt mellom Brukerrådet i Helsetilsynet og Statens helsetilsyn, elektronisk versjon.

Samlerapport fra spørreundersøkelse
og fokusgruppeintervju. Et samarbeidsprosjekt
mellom Brukerrådet i Helsetilsynet og Helsetilsynet

Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020

RAPPORT FRA HELSETILSYNET 6/2020 • NOVEMBER 2020

Koronapandemien har påvirket tjenestetilbudet til mange brukergrupper. Helsetilsynet har samarbeidet med Brukerrådet om en brukerundersøkelse. Vi ville belyse endringer i tjenestene under pandemien og konsekvenser summen av endringer har hatt for brukere og pasienters helse og livskvalitet.

Rapporten beskriver resultater og vurderinger fra undersøkelsen. Mange svarer at de har fått mindre tjenester og dårligere helse og livskvalitet. I september svarer mange at tjenestene ikke er tilbake på samme nivå som før pandemien. Nærmere 70 prosent av de som har svart på spørreundersøkelsen, er sårbare. Det er brukere som har omfattende bistand store deler av døgnet, og brukere som har sammensatte tjenester. En stor andel av de pårørende har gitt langt mer bistand under pandemien.

Flesteparten av de som har fått mindre tjenester, svarer at de i liten eller svært liten grad fikk medvirke når tjenestetilbudet ble endret. De ville også hatt mer informasjon. Ved endringer i tjenestene skal brukere og pasienter få nødvendig og tilpasset informasjon og har rett til å medvirke – også under en pandemi.

Resultatene gir grunn til bekymring for hvordan situasjonen er for noen av de mest sårbare brukerne. Tjenestene har plikt til å ha oversikt over brukere med omfattende og sammensatte tjenester og har plikt til å gjøre fortløpende og individuelle vurderinger av om tjenestene er forsvarlige og i samsvar med de behov brukerne har. Helsetilsynet forventer at virksomhetene innfører smitteverntiltak uten at det får urimelige konsekvenser for sårbare grupper.

Helsetilsynet
TILSYN MED BARNEVERN, SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester, barnevern- og helse- og omsorgstjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

Møtedato: 21. januar 2021

Arkivnr.:	Saksbeh/tlf:	Sted/Dato:
2020/999-19	Hilde Normann	Bodø, 04. mars 2021

RBU-sak 26-2021 Egenevaluering – avklaring av videre prosess

Formål med saken

Formålet med saken er å la medlemmene i RBU diskutere hvordan det har vært å være Regionalt brukerutvalg under koronapandemien, samt mulige tiltak for bedre ivaretakelse av både RBU og av enkeltmedlemmene.

Bakgrunn

RBU evaluerer sin egen virksomhet, inkludert samarbeidet med administrasjon, i midten av hver periode. Evalueringen gjøres vanligvis ved hjelp av et at digital spørreskjema. Svarene bearbeides av administrasjonen og behandles som egen sak i RBU. Vedtaket til RBU-sak *04-2020 Egenevaluering RBU* ligger som vedlegg til saken. En slik evaluering planlegges gjennomført høsten 2021.

Koronasituasjonen har gjort at også RBU 2020-22 har måttet gå over til digitale møter. Etter et halvt års drift har medlemmene ennå ikke truffet hverandre eller sekretariatet fysisk. Dette gjør det vanskeligere å få til gode gruppeprosesser, og vil også påvirke det enkelte medlems funksjon og forståelse av egen rolle. Hver medlem blir alene på sitt hjemmekontor, og det er lenge også mellom hvert digitale møte.

Arbeidsutvalget (AU) diskuterte i januar mulighet og behov for å fremskynde evalueringen med tanke på den spesielle situasjonen RBU nå står i. AU kom frem til at en ordinær evaluering i liten grad ville fange opp det særegne ved situasjonen, og ba i stedet sekretariatet lage en sak til RBU med utgangspunkt i forrige RBU evaluering (AU sak 03-2021).

Det settes av god tid til diskusjo i denne saken. Hvert medlem inviteres til å si noe om seg selv og sin situasjon. Deretter inviteres RBU i felleskap til å diskutere mulige tiltak som kan avhjelpe situasjonen

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

Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til egen drift:

a)

Bodø, 13. januar 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg: Vedtaket til RBU-sak *04-2020 Egenevaluering RBU*

Vedlegg

Egenevaluering RBU 2019

Følgende vedtak ble fattet:

1. Regionalt brukerutvalg vurderer på bakgrunn av egenevalueringen at driften av RBU i 2019 har vært tilfredsstillende og i tråd med vedtatte retningslinjer.
2. Regionalt brukerutvalg ber på bakgrunn av evalueringen administrasjonen vurdere følgende forbedringsområder når det gjelder drift av RBU 2020-2022:
    a. Administrasjonen bør opprette en matrise som tilgjengeliggjøres for RBU der det framkommer hvilke saker som er under arbeid og hvordan vedtak i RBU er fulgt opp.
    b. Sakspapirer må tilgjengeliggjøres tidligere, enten ved å sende saksdokumentene ut per post tidligere eller ved å sørge for at alle medlemmene får Ipad eller PC. Det må benyttes digitale løsninger som gjør at sakspapirene kan leses opp elektronisk.
    c. Generelt er sakspapirene for omfattende og det er for lite tid til diskusjoner i RBU-møtene.
    d. Det bør være et oppstartsseminar over to dager ved første møte i RBU 2020-2022.
    e. Ordningen for tapt arbeidsfortjeneste og honorar bør gjennomgås.
    f. Oppfølgingen av brukerrepresentanter som oppnevnes til fagråd, prosjekter og arbeidsgrupper i Helse Nord, der den oppnevnte representanten ikke er medlem av RBU, bør bli bedre.
    g. Det bør være bedre kontakt mellom brukerorganisasjoner/BU/UR og RBU i framtiden.
    h. Representanter som trenger tilrettelegging i forbindelse med reise bør få dette tilrettelagt av administrasjonen.

Møtedato: 11. mars 2021

Arkivnr.:	Saksbeh/tlf:	Sted/Dato:
2020/999-19	diverse	Bodø, 04. mars 2021

RBU-sak 27-2021 Referatsaker

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Protokoll AU RBU 03 mars 2021
2. Protokoll BU Helgelandssykehuset 15. januar 2021
3. Protokoll BU Helgelandssykehuset 19. februar 2021
4. Protokoll BU Sykehusapotek Nord 7. desember 2020
5. Protokoll BU Sykehusapotek Nord 21. september 2020
6. Protokoll BU UNN 9. desember 2020
7. Referat UR UNN 22. januar 2021
8. Referat UR UNN 10. februar 2021
9. Referat BU Nordlandssykehuset 20. november 2020
10. Referat UR Nordlandssykehuset 22. februar 2021
11. Protokoll BU Nordlandssykehuset 10. februar 2021
12. Referat UR Finnmarkssykehuset 10. februar 2021
13. Referat Fellesmøte Ungdomsrådene i Helse Nord 4. november 2020
14. Årsrapport UR UNN 2020
15. Årsmelding UR Finnmarkssykehuset 2020
16. Årlig melding BU Helgelandssykehuset 2020
17. Årsmelding UR Nordlandssykehuset 2020

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

Framlagte saker tas til orientering

Bodø, 04. mars 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg

HELSE NORD

Protokoll

Vår ref.:	Referent/tlf.:	Sted/Dato:
2020/999-19	Hilde Normann, 75 51 29 00	Bodø, 03.02.2021

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til det Regionale brukerutvalg
Møtedato:	03.mars 2021, kl 11.15- 12.45
Møtested:	Teams-møte
Neste møte:	11.mars 2021 – Regionalt brukerutvalg

Tilstede

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

Forfall

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

Navn:	Tittel:	Organisasjon:

Saksliste:
RBU-AU sak 05-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste
RBU-AU sak 06-2021 Gjennomgang av sakslista til RBU møtet i mars
RBU-AU sak 07-2021 RBU under korona. Hvordan tar vi vare på medlemmene?
RBU-AU sak 08-2021 Brukerkonferanse 2021
RBU-AU sak 09-2021 Brukerstemmen i styremøtene i Helse Nord RHF

RBU-AU-sak 05-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Kommunikasjonsavd planla en artikkel om hvorfor tiltakene er så strenge selv med lave smittetall i nord. Artikkelen var en oppfølging etter møtet med organisasjonene forrige uke. Siden da har koronasituasjonen forverret seg, også i nord. Saken går derfor ut, men kommunikasjonsavdelingen ønsker å komme tilbake dersom det igjen blir en aktuell problemstilling. Denne saken går derfor ut.

Postadresse:
Helse Nord RHF
8038 BODØ

Besøksadresse:
Sjøgata 10
8006 BODØ

Tlf.: 75 51 29 00
Faks: 75 51 29 01

www.helse-nord.no
postmottak@helse-nord.no
Org.nr.: 883 658 752

Vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

RBU-AU-sak 06-2021 Gjennomgang av sakslista til RBU møtet i mars

RBU ønsker å støtte arbeidet med å utvikle ungdomsrådene til organer som har reell innflytelse i saker som angår barn og ungdom. UR har bedt Helse Nord om penger til en regional samling for ungdomsråd. AU ber om at RBU får behandle en sak i april om samlingen

AU ber også om at RHF legger frem en sak om ungdomsmedvirkning i Helse Nord i oktober 2021

Vedtak:

Sakslista og dagsorden godkjennes med de endringene som ble gjort i møtet.

RBU-AU-sak 07-2021 RBU under korona. Hvordan tar vi vare på medlemmene?

Vedtak:
AU ber om at saken om evaluering av egen virksomhet også berører hvordan det er å sitte i et «digitalt RBU» og at medlemmen gis anledning til å diskutere hvordan de opplever muligheten til å skjøtte sitt verv.

RBU-AU-sak 08-2021 Brukerkonferanse 2021

Saken utsettes, da vi brukte svært lang tid på sak 06

Vedtak:

RBU-AU-sak 09-2021 Brukerstemmen i styremøtene i Helse Nord RHF

Knut gjør en god jobb i styret, men er usikker på om han alltid klarer å målbære alle RBUs synspunkter i envher sak. Kan AU bidra til at RBUs observartør i styret stiller enda bedre forberedt, med flere og bedre argumenter og aktuelle brukerperspektiver?

AU diskuterer flere alternativer

- Ta bort ordstyrerfunksjonen fra leder i RBU møtene, så han har færre ting å konsentrere seg om og større mulighet til å ta notater
- Ha et eget, frivillig møte umiddelbar i forkant av styremøtene der utvalgte saker diskuteres
- Leder gjennomfører en ringerunde til medlemmer man antar har særlig kompetanse om eller interesse for en bestemt sak.
- Bruke mer av RBUs møtetid på orienteringssaken der styresakene legges frem.

Vedtak:
AU ønsker at brukerstemmen skal være tydelig inn i styret. Diskusjonen om hva som er riktig tiltak er ikke ferdig, og vil nok fortsette i senere møter.

Bodø, den 12. januar 2021

godkjent av Knut Georg Hartviksen,
den 03.03.2021

_____
Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE

Protokoll

Møte: Brukerutvalgsmøte i Helgelandssykehuset HF
Tid: **15. januar 2021** – utsatt fra **2. desember 2020**
Møtested: Skype for business – digitalt møte

Innkalt:

Deltagere	**Funksjon**	**Organisasjon**	Tilstede	Meldt forfall
Anne Lise Brygfjeld	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-Lise Aavitsland	Medlem	Kreftforeningen	X	
Nils Rishaug	Medlem	FFO -HLF	X	
Mariette Korsrud	Vara	SAFO - NHL	X	
Fra Helgelandssykehuset				
Hulda Gunnlaugsdottir	Adm. dir		X	
Knut Roar Johnsen	Samh.sjef/saksbeh.		X	
Tove Lill Falstad	Sekretariat		X	
Hege Mørk	Rådgiver		X	
Tove Lyngved	Økonomisjef		X	
Torbjørn Aas	Prosjektdirektør		X	
Eksterne				
Roger Slettli Nymo	Prosjektleder	Helse Nord	X	

Saksliste

Sak 76/2020 Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 77/2020 Godkjenning av protokoll fra brukerutvalgsmøte den 23. oktober 2020
Sak 78/2020 Orienteringssaker

- **Informasjon fra BU-leder** – *muntlig*
- **Informasjon fra BU-medlemmer** – *muntlig*
    a. Aktiviteter i prosjekt, råd og utvalg

Sak 79/2020 Budsjett 2021
Sak 80/2020 Muntlig orientering fra administrerende direktør
Sak 81/2020 Nye Helgelandssykehuset
Sak 82/2020 Referatsaker

- Referat fra BU-møte Unn 10. november 2020
- Protokoll OSO 5. november 2020

- Svar fra Helse Nord på innspill til oppdragsdokument 2021, 4. november 2020
- Protokoll RBU-møte 21. oktober 2020

Sak 83/2020 Egenevaluering av brukerutvalgets arbeid 2020 - Questbackrapport

Sak 84/2020 Deling av journaldokumenter i kjernejournal

Dine journaldokumenter fra sykehus vil kunne deles via kjernejournal. Helsepersonell som behandler deg, vil kunne se dokumenter fra dine pasientjournaler i kjernejournalen din. Målet er sikrere, raskere og bedre helsehjelp for deg

Sak 59/2020 Oppfølging - **Oppnevning av brukerrepresentant til arbeidsgruppe BUP**

Sak 85/2020 Brukerrepresentanter sin deltakelse i forbindelse med etablering av Helsefellesskap Helgeland

Sak 86/2020 Invitasjon til pasientsikkerhetskonferansen 2021

Sak 87/2020 Eventuelt

Saksliste

Sak 76/2020 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak: Innkalling og saksliste ble godkjent. Sak 83 utsettes til kommende møte.

Sak 77/2020 Godkjenning av protokoll fra brukerutvalgsmøte den 23. oktober 2020

Vedtak: Protokollen godkjennes uten merknader

Sak 78/2020 Orienteringssaker

- **Informasjon fra BU-nestleder** – *muntlig*
- **Informasjon fra BU-medlemmer** – *muntlig*
    - Aktiviteter i prosjekt, råd og utvalg

Kort orientering om første møtet i styringsgruppen for Nye Helgelandssykehuset. Nestleder Per Hansen er brukerutvalgets representant.
Orientering fra medlemmer om bygningsprosjekter i Helgelandssykehuset:

- Inngangsparti Mo i Rana
- DMS Brønnøysund

Brukerrepresentantene gir konkrete innspill til prosjektene og opplever et godt samarbeid med prosjektleder Trond Nilsen. Fokus i prosjektene framover er gode tekniske løsninger for hørselshemmede og utforming av god skilting tilrettelagt for syns- og funksjonsnedsettelser, samt samisk språk.

Klinisk samarbeidsutvalg om prosedyrer for innskriving og utskriving av Covid-19-pasienter er i arbeid. Mange korte møter. Innskrivingsprosedyren er nå klar og utskrivingsprosedyren er under utarbeidelse.

Vedtak:

i. Brukerutvalget tar informasjon til orientering.

ii. Brukerutvalget tar innspillet om at vararepresentanter må få delta på brukerutvalgsmøtene når det orienteres fra administrasjonen i de prosjektene der vara er brukerutvalgets representant.

iii. Brukerutvalget inviterer til ei orientering om plan for faglig innhold i DMS Brønnøysund i kommende møte.

Sak 79/2020 Budsjett 2021

Budsjett med tiltak ble presentert av økonomisjefen. Budsjettet er allerede vedtatt i Helgelandssykehusets styre.

Vedtak: Brukerutvalget takker for grundig og godt forståelig presentasjon. Informasjonen tas til orientering

Sak 80/2020 Muntlig orientering fra administrerende direktør

- Informasjon om tarmkreftkirurgi saken – skriftlig informasjon sendes ut
- Omorganiseringsprosjekt – klinisk gjennomgående ledelse

Vedtak: Brukerutvalget takker for tydelig, god og ærlig orientering. Informasjonen tas til etterretning.

Sak 81/2020 Nye Helgelandssykehuset

Gjennomgang av presentasjon fra Torbjørn Aas med lenker til sentrale dokument for Nye Helgelandssykehuset. Nå er fokus selve jobben med faglig strategisk utviklingsplan som skal være sluttført til sommeren. Også tomteutredning er i en fase med mer konkretisering nå. Tomtealternativ skal avgjøres på styremøte i august. Han presenterte ei utfordring til brukerutvalget for videre arbeid:

Hva er brukerutvalgets beste og viktigste bidrag for å være med på å gjøre Nye Helgelandssykehuset til Norges beste lokalsykehus?

Vedtak:

I. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

II. Brukerutvalget takker ja til utfordringen og vil jobbe med å konkretisere innhold i svaret på spørsmålet.

III. Prosjektdirektør inviteres også til kommende brukerutvalgsmøte for å holde brukerutvalget oppdatert på arbeidets utvikling.

Sak 82/2020 Referatsaker

- Referat fra BU-møte Unn 10. november 2020
- Protokoll OSO 5. november 2020
- Svar fra Helse Nord på innspill til oppdragsdokument 2021, 4. november 2020
- Protokoll RBU-møte 21. oktober 2020

Vedtak: Referatene er lest og saken tas til orientering.

Sak 83/2020 Egenevaluering av brukerutvalgets arbeid 2020 - Questbackrapport

Vedtak: Saken utsettes til neste møte. Ønskelig at brukerutvalgets leder er tilstede under behandling av denne saken.

Sak 84/2020 Deling av journaldokumenter i kjernejournal

Dine journaldokumenter fra sykehus vil kunne deles via kjernejournal. Helsepersonell som behandler deg, vil kunne se dokumenter fra dine pasientjournaler i kjernejournalen din. Målet er sikrere, raskere og bedre helsehjelp for deg.

Presentasjon av Roger Slettli Nymo fra Helse Nord. Dette er et system hvor pasienten selv kan begrense hvilke dokumenter man ønsker unntatt fra enkelte helsepersonell eller grupper med helsepersonell.

Vedtak: Brukerutvalget takker for informasjonen og har stor tro på at dette blir et bra tilbud for pasientene og primærhelsetjenesten.

Sak 59/2020 Oppfølging - **Oppnevning av brukerrepresentant til arbeidsgruppe BUP**

Vedtak: Representant er valgt, og det er allerede meldt inn til direktør for psykisk helse og rus i desember. Saken anses som avsluttet.

Sak 85/2020 Brukerrepresentanter sin deltakelse i forbindelse med etablering av Helsefellesskap Helgeland

Presentasjon av Hege Mørk. Presentasjonen sendes ut etter møtet.

Vedtak:

i. Brukerutvalget takker for informasjonen og vi ser fram til å være med videre i dette arbeidet med oppnevning av brukerrepresentanter til ulike nivåer i Helsefellesskapsmodellen.
ii. Tips fra brukerutvalget:
   - Tenk på tydelig og klart språkbruk i beskrivelsen av helsefelleskap
   - Tenk på kontinuitet når brukerrepresentanter skal velges.

Sak 86/2020 Invitasjon til pasientsikkerhetskonferansen 2021

Vedtak: Brukerutvalget har fått tre plasser til pasientsikkerhetskonferansen 17. februar 2021. Brukerne bes melde fra til sekretariat i løpet av kort tid for ønske om deltakelse.

Sak 87/2020 Eventuelt

Sak 1
I arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan skal det opprettes to arbeidsgrupper der det er ønskelig med brukermedvirker i gruppene:

1) Arbeidsgruppe samhandling – Einar Moen oppnevnes som brukerrepresentant
2) Arbeidsgruppe psykisk helse /rus – Andreas Lund leder av Mentale Helse Vefsn og Mental Helse Nordland oppnevnes som brukerrepresentant

Sak 2
Fylkesmannen i Nordland inviterer til seminar om pakkeforløp innen psykisk helse og rus. Seminaret har fått navnet «Bedre i lag» og arrangeres på Teams den 23.- 24. februar.
Tove Linder Aspen vil delta. Hun kontakter vara Ija Nilsen som også kan delta.

Sak 3
Skilting av akuttmottak ved Helgelandssykehuset Mo i Rana. Josefina Skerk etterlyser korrekt navn og skilting av akuttmottaket. Pr. i dag er avdelingen navngitt som «Mottak». Når det oversettes til engelsk blir korrekt oversettelse reception. Det blir feil betydning for personer som ikke behersker norsk. Brukerutvalget foreslår at det skiltes «Akuttmottak». Dette meldes til prosjektet «ombygging av hovedinngang» som også har skilting som en del av prosjektet.

Sak 4
Venterom ang. psykisk helse/rus er en sak som leder av brukerutvalget har tatt opp i OSO-møte. Saken er meldt videre til direktør for psykisk helse og rus i Helgelandssykehuset. Status på denne saken er uavklart. Samhandlingssjefen følger opp.

_____

Protokoll godkjennes endelig i møte 19. februar 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.

HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE

Protokoll

Møte: Brukerutvalgsmøte i Helgelandssykehuset HF
Tid: Fredag 19. februar 2021
Møtested: Skype for business

Innkalt:

Deltagere	**Funksjon**	**Organisasjon**	Tilstede	Meldt forfall
Anne Lise Brygfjeld	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
Fra Helgelandssykehuset				
Hulda Gunnlaugsdottir	Adm. dir		x	
Knut Roar Johnsen	Samh.sjef/saksbeh.		x	
Tove Lill Falstad	Sekretariat		x	
Torbjørn Aas	Prosjektdirektør	Nye Helgelandssykehuset	x	
Surla Ditlefsen		DMS Brønnøysund	x	
Merethe Myrvang	Prosjektkoordinator	Nye Helgelandssykehuset	x	
Fra Sykehusbygg				
Vigdis Hartmann			x	
Arild Vassenden			x	

Saksliste

Sak 1/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 1/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 2/2021 Godkjenning av protokoll fra brukerutvalgsmøte den 13. januar 2021
Sak 3/2021 Nye Helgelandssykehuset – orientering og dialog
Sak 4/2021 Orienteringssaker

Sak 5/2021 Referatsaker
Sak 83/2020 Egenevaluering av brukerutvalgets arbeid 2021 – Questbackrapport
Sak 6/2021 Årlig melding fra brukerutvalget 2020
Sak 7/2021 Planer for drift av distriktmedisinsk senter (DMS) i Brønnøysund
Sak 8/2021 Muntlig orientering fra samhandlingssjefen
Sak 9/2021 Muntlig orientering fra administrerende direktør
Sak 10/2021 Eventuelt

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjent

Sak 2/2021 Godkjenning av protokoll fra brukerutvalgsmøte den 13. januar 2021

Vedtak: Godkjent med de innspills om kommer fram underveis

Sak 3/2021 Nye Helgelandssykehuset – orientering og dialog
Presentasjon av tomtesøk, kriterier for valg av tomt, silingsprosess, 2-3 tomter skal videre med inn i prosessen fra 2022 fra Vigdis Hartmann, Sykehusbygg
Redegjørelse for begrepet hovedsykehus av Torbjørn Aas, prosjektdirektør
Prosjektdirektør takker for svar fra brukerutvalget på hans utfordring i forrige brukerutvalgsmøte.

Vedtak: Brukerutvalget takker for god redegjørelse fra prosjektdirektør og Sykehusbygg. Brukerutvalget ber om at prosjektet viderebringer innspillet fra brukerutvalget.
Brukerutvalget har gitt innspill til Nye Helgelandssykehuset der det påpekes at betydelig forbedringer må oppnås på 4 hovedområder for å oppnå visjonen om Norges beste lokalsykehus:
1) Holdninger og relasjoner
2) Informasjon og medvirkning
3) Systemforbedringer
4) Universell utforming

Sak 4/2021 Orienteringssaker
Informasjon fra BU-leder – *Anne Lise Brygfjeld*
- 11. november 2020 samarbeidsmøte mellom BU og RBU
- 17. februar 2021 Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget

Informasjon fra BU-medlemmer – *muntlig*
- To møter i styringsgruppa for Nye Helgelandssykehuset v/ Per Hansen
- Oppstart av hjertekurs for pasienter og pårørende i Mosjøen v/ Per Hansen
- Arbeidsgruppe 6 samhandling v/ Einar Moen

Vedtak: Brukerutvalget bemerker at det er kun 2 av 10 arbeidsgrupper som har tatt inn brukermedvirkere i arbeidsgruppene som jobber med faglig strategisk utviklingsplan. Vi ønsker å ha en bred påvirkning i prosjektet og ønsker at brukerne blir bredt involvert og hørt i saken.

Sak 5/2021 Referatsaker

- Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset 30. november 2020
- Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset 10. februar 2021
- Referat fra møte i BU UNN 9. desember 2020
- Protokoll RBU-møte 21. januar 2021
- Protokoll OSO-møte 21. januar 2021
- Protokoll Sykehusapotek Nord 7. desember 2020

Vedtak: Referatene tas til etterretning. Brukerutvalget ønsker at Helgelandssykehuset også følger disse sakene som det jobbes med i nord:

- TV-kanal ved UNN – spennende etablering.
- Dårlige flyreisetider i Nordland – pasientreiser er på saken
- VIP-rom på flyplassen i Bodø – Brukerutvalget ønsker at pasientreiser orienterer reisende

Sak 83/2020 Egenevaluering av brukerutvalgets arbeid 2021 – Questbackrapport, utsatt fra forrige møte
Gjennomgang av evalueringsrapporten.

Vedtak Evalueringen tas til etterretning. Felles forbedringspunkter:

1) Øke tiden i møtene til intern refleksjon etter orientering om saker
2) Fysisk møte med brukerorganisasjoner og informere om brukerutvalgets arbeid
3) Ved oppnevning av brukerrepresentanter kan det sendes ut epost til hele utvalget med vararepresentanter på forlag før møtene
4) Brukerutvalget skal sikre at høringsuttalelser og andre uttalelser fra BU skal være til høring i hele utvalget før det sendes ut
5) Effektuering av saksbehandling fra BU kan bli bedre – BU ber om forbedret tilbakemelding fra administrasjon på saker som BU har tatt opp.
6) BU-møter skal være på maks 4 timer
7) Digitale møter fungerer bra, men fysiske møter savnes og bør prioriteres ved anledning. Digital kompetanse hos fagpersoner kan forbedres, og brukerutvalget ønsker en bedre digitalt plattform enn Skype for business.

Sak 6/2021 Årlig melding fra brukerutvalget 2020
Gjennomgang av årlig melding, endringer ble ført inn.

Vedtak: Årlig melding vedtas med de endringer som kom fram i møtet.

Sak 7/2021 Planer for drift av distriktmedisinsk senter (DMS) i Brønnøysund
Presentasjon av ny leder for distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund, Sturla Ditlefsen.
DMS er forankret i styrevedtak fra 2016 og 2018. Det er planlagt ut fra samme mal som man bygger nye sykehus. DMS skal være ferdig i 2021. Håper på drift fra 1. kvartal i 2022.

Fokus er på sårbare grupper: skrøpelige eldre, barn og unge, psykisk helse og rus.
Målet er at DMS skal bli et attraktivt helsetilbud for befolkningen på Sør-Helgeland (11 000 innbyggere). Poliklinikk hjerte- og karsykdommer, billeddiagnostikk, dialyse, pediatri (jordmordrevet fødestue og ambulerende barnelege) er planlagt og noe er allerede i drift. Kjemoterapi/infusjonspoliklinikk, gynekologi, øre-nese-hals, nevrologi, blodtransfusjon og blodtapping er også under planlegging og noe i drift (gynekologi).
Følgende tilbud er planlagt på lengre sikt: ortopedi (konsultasjoner med utredning og behandling), kirurgi (dagkirurgi og småkirurgiske inngrep), hud (lysbehandling), øye (utredning og behandling).
Intermediære døgnplasser og ambulansestasjon planlegges også.
Akkurat nå jobbes det med prosjektering og organisasjonsutvikling. DMS er underlagt Nye Helgelandssykehuset. Jobber med bemanning og rekruttering. Ønsker at DMS skal være en innovasjonsarena.

Vedtak: Brukerutvalget takker for god og grundig redegjørelse. Flott å få visualisert hvilke tilbud som man kan forvente i Brønnøysund på sikt. Det blir et godt løft for pasienter på Sør-Helgeland.

Sak 8/2021 Muntlig orientering fra samhandlingssjefen

1. Arbeidsgruppe prosjektgruppe 6 til Nye Helgelandssykehuset. God aktivitet.
2. Samvalg, ledergruppesak, saken er også gitt som oppdrag i Oppdragsdokumentet. Vi er bedt om å opprette 100% stilling for samvalgskoordinator i Helgelandssykehuset.
3. Helsefellesskap, etableringen tar lengre tid enn antatt grunnet politisk behandling. Brukerutvalget er representert i alle møter. Oppstart planlagt fra september
4. Helserom i Lurøy kommune (Lovunden) – to rom. Starter opp med tilbud innen psykisk helse.

Vedtak: Informasjonen tas til orientering

Sak 9/2021 Muntlig orientering fra administrerende direktør

- Nye Helgelandssykehuset – arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan er godt i gang. 80% av fagfunksjonene er allerede fordelt i vedtaket fra helseministeren.
- Resultat fra 2020 – 30 mill i pluss.
- Resultat for jan -2021 – så langt er vi allerede snart 1 mill. i pluss.
- Vi har hatt få koronapasienter – vi har kunnet jobbe godt og effektivt, og har tatt igjen noe etterslep. Stengte grenser og karantenereglene har gitt oss utfordringer i 2021. Dette er et komplisert puslespill for planlegging av sykehusdrift. Vi inndrar ferier og avspaseringer for å få driften til å gå rundt. Vi planlegger 2 uker av gangen. Karantenebestemmelser og stengte grenser har ikke gått ut over pasientbehandlingen, men det er krevende for planlegging. Heldigvis har vi hatt lite sykemeldinger og få ansatte i karantene.
- Omorganiseringsprosess internt- Klinisk gjennomgående ledelser – Hensikten er å samle fagavdelingene i ny organisering for å få fokus på fag og pasientsikkerhet og bort fra lokalisasjon.

Vedtak: Informasjonen tas til orientering

Sak 10/2021 Eventuelt
Pasientsikkerhetskonferansen ligger åpen på nett.

Vedtak: Informasjonen tas til orientering. Trine Mari Aavitsland deler lenke med brukerutvalget på e-post og oppfordrer medlemmer til å se konferansen

_____
Protokoll godkjennes endelig i møte 19. mars 2021
Protokollen blir lagt fram som referatsak i kommende styremøte

Kopi til:

- Styret i Helgelandssykehuset
- Administrerende direktør ved Helgelandssykehuset
- Ledergruppen i Helgelandssykehuset
- Postmottak ved UNN, Nordlandssykehuset, Finnmarkssykehuset, Sykehusapoteket og Helse Nord.

UTKAST

SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA

Protokoll brukerutvalgsmøte 7. desember 2020

Dato / tid: 7. desember 2020, kl 9:00-11:00, Teams

Tilstede: Tove Hardersen (FSYK), Terje Olsen (UNN), Marianne K. Pettersen (SANO) Kitt-Anne Jorid Hansen (RBU) og Cicilie Thoresen (NLSH)

Fra administrasjonen; Direktør Helge K. K. Pettersen og fagsjef Margaret Aarag Antonsen

Inviterte deltagere: Forskningsleder Renate Elenjord, brukerrepresentant i Farmasøyt i Akuttmottak prosjektet Anne Lise Bygefjeld, Apoteker Airin Nordgård.

Forfall: Josefina Skerk (HSYK)

Sak 10/20: Godkjenning av innkalling og saksliste.

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste til utvalgsmøtet 7. desember 2020.

Sak 11/20: Godkjenning av protokoll brukerutvalgsmøte 21.9.2020

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra brukerutvalgsmøtet 21. september 2020.

Sak 12/20: Orientering fra forskningsprosjektet «Farmasøyt i akuttmottak»

Brukerutvalgets vedtak

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar informasjon om status i forskningsprosjektet «Farmasøyt i Akuttmottak» til orientering.

Sak 13/20: Presentasjon av nytt sykehusapotek i Nye UNN Narvik

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar presentasjon av planer for nytt sykehusapotek i Nye UNN Narvik til etterretning.

Sak 14/20: Styresak 61-2020 Virksomhetsrapport per oktober 2020

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar Sykehusapotek Nord sin virksomhetsrapport per oktober 2020 til etterretning.

Sak 15/20: Styresak 62-2020 Budsjett 2021

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar framlagt forslag til budsjett for Sykehusapotek Nord i 2021 til etterretning.

Sak 16/20: Styresak 63- 2020 Miljøsertifisering – revisjonsrapport

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar framlagt revisjonsrapport fra miljøsresertifisering av Sykehusapotek Nord i 2020 til etterretning.

Sak 17/20: Orienteringer

Direktørens orienteringer:

- Status legemiddelleveranser til Helgelandssykehuset fra Sykehusapotek Nord
- Legemiddelleveranser til Klinikk Alta
- Status arbeid med Koronaberedskap
- Etablering av Innsattsstyrt finansiering (ISF) for kliniske farmasøyters arbeid i poliklinikk

Orientering fra brukerutvalgets leder:

- Samvalg
- Framtidig struktur og funksjonsfordeling i UNN

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar orienteringer gitt i møtet til orientering.

Sak 18/20: Eventuelt

Møteplan 2021. Følgende møteplan ble framlagt i brukerutvalget:
8. februar kl. 9-11
31. mai kl. 9-11
27. september, fysisk heldagsmøte
6. desember kl. 9-11

Sak 19/20: Evaluering av møtet

- Bra møte, aktuelle saker med god informasjon
- Fint at møteplan følges
- Interessant innhold, flinke folk som legger fram sakene

Terje Olsen	Margaret Aarag Antonsen
Leder	Referent

SYKEHUSAPOTEK NORD
DAVVI BUOHCCEVIESSOAPOTEHKA

Protokoll brukerutvalgsmøte 21. september 2020

Dato / tid: 7. desember 2020, kl 9:00-11:00, Teams

Tilstede: Tove Hardersen (FSYK), Terje Olsen (UNN), Marianne K. Pettersen (SANO) Kitt-Anne Jorid Hansen (RBU) og Cicilie Thoresen (NLSH)

Fra administrasjonen; Direktør Helge K. K. Pettersen og fagsjef Margaret Aarag Antonsen

Inviterte deltagere: Forskningsleder Renate Elenjord, brukerrepresentant i Farmasøyt i Akuttmottak prosjektet Anne Lise Bygefjeld, Apoteker Airin Nordgård.

Forfall: Josefina Skerk (HSYK)

Sak 10/20: Godkjenning av innkalling og saksliste.

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF godkjenner innkalling og saksliste til utvalgsmøtet 7. desember 2020.

Sak 11/20: Godkjenning av protokoll brukerutvalgsmøte 21.9.2020

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF godkjenner protokollen fra brukerutvalgsmøtet 21. september 2020.

Sak 12/20: Orientering fra forskningsprosjektet «Farmasøyt i akuttmottak»

Brukerutvalgets vedtak

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar informasjon om status i forskningsprosjektet «Farmasøyt i Akuttmottak» til orientering.

Sak 13/20: Presentasjon av nytt sykehusapotek i Nye UNN Narvik

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar presentasjon av planer for nytt sykehusapotek i Nye UNN Narvik til etterretning.

Sak 14/20: Styresak 61-2020 Virksomhetsrapport per oktober 2020

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar Sykehusapotek Nord sin virksomhetsrapport per oktober 2020 til etterretning.

Sak 15/20: Styresak 62-2020 Budsjett 2021

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar framlagt forslag til budsjett for Sykehusapotek Nord i 2021 til etterretning.

Sak 16/20: Styresak 63- 2020 Miljøsertifisering – revisjonsrapport

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar framlagt revisjonsrapport fra miljøsresertifisering av Sykehusapotek Nord i 2020 til etterretning.

Sak 17/20: Orienteringer

Direktørens orienteringer:

- Status legemiddelleveranser til Helgelandssykehuset fra Sykehusapotek Nord
- Legemiddelleveranser til Klinikk Alta
- Status arbeid med Koronaberedskap
- Etablering av Innsattsstyrt finansiering (ISF) for kliniske farmasøyters arbeid i poliklinikk

Orientering fra brukerutvalgets leder:

- Samvalg
- Framtidig struktur og funksjonsfordeling i UNN

Vedtak:

Brukerutvalget for Sykehusapotek Nord HF tar orienteringer gitt i møtet til orientering.

Sak 18/20: Eventuelt

Møteplan 2021. Følgende møteplan ble framlagt i brukerutvalget:
8. februar kl. 9-11
31. mai kl. 9-11
27. september, fysisk heldagsmøte
6. desember kl. 9-11

Sak 19/20: Evaluering av møtet

- Bra møte, aktuelle saker med god informasjon
- Fint at møteplan følges
- Interessant innhold, flinke folk som legger fram sakene

Terje Olsen	Margaret Aarag Antonsen
Leder	Referent

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEREFERAT

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato:	**Onsdag 9.12.2020 kl 09.00-14.10**
Møtested:	Skypemøte
Tilstede:	**Medlemme**r*:* Kirsti Baardsen (leder), Paul Dahlø (nestleder), Hans-Johan Dahl, Nina Nedrejord, Terje Olsen, Siv-Elin *Reitan (til kl 11.45)*, Merete Krohn, Merethe Saga Lønnum, Ingolf Kvandahl, Mildrid Pedersen, Thomas Engelskjøn
Fra adm.:	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen Administrasjonsulent Hilde A. Johannessen (referent)
Forfall	Ulf J. Bergstrøm

Saksliste

BU-48/20 **Godkjenning av innkalling og saksliste**

Innkalling og saksliste ble gjennomgått. Tidligere BU-sak 46/20 - *Bedre oppfølging av legemidler ved UNN* er utsatt til møte i februrar 2021.
Saker til eventuelt:

- Arbeidgruppe – pårørende
- Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) – foreldre med barn under 18 år
- Møtehonorar til brukerutvalget

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste med de endringer som fremkom.

BU-49/20 **Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 10.11.2020**

Referatet ble gjennomgått.

Vedtak Referatet ble godkjent.

BU-50/20 **HC Parkering ved hovedinngang UNN (tidl BU 37/20) og HC Parkering for biler med heis og korttidsparkering**

Tidsbegrensningen på 3 timer for å kunne parkere på HC-parkering nærmest hovedinngangen blir noen ganger for kort dersom pasienten for eksempel har flere timeavtaler ved UNN.

HC parkering for biler med heis har i dag egne plasser. Dette oppleves som en forfordeling av HC-biler med heis.

Forslag til vedtak:
1. Ettersom godkjent HC parkeringskort for forflytingshemmede tildeles ut ifra et dokumentert behov, og Statens vegvesen setter opp mål på HC parkeringsplasser for å dekke ulike biler, skulle det ikke være nødvendig med egne regler på HC parkering ved UNN. En forutsetning er at alle HC parkeringsplasser utformes etter standard mål.

2. Unngå underskilt på HC parkering som skiller mellom hvem som kan parkere enten det er biler med eller uten heis eller pasienter fremfor ansatte.

3. Korttidsplassene med begrensning på 3 timer bør enten utvides til f.eks. 4 timer eller ha en mulighet for ekstra lapp i vinduet som hindrer bot.

Vedtak Brukerutvalget er enig i forslag til vedtak som er fremmet. Administrasjonen formidler innspillene til Parkeringsutvalget.

BU-51/20 Etablering av en intern TV-kanal i UNN; «Pingvin-TV»
Målet er å opprette en intern TV-kanal for pasienter ved UNN med kulturtilbud, informasjon om servicetilbud og annen klinisk informasjon fra avdelingene. Tilbudet skal være tilgjengelig ved UNN sine lokalisasjoner i Harstad, Narvik og Tromsø. Kulturavdelingen ønsker en brukerrepresentant til dette prosjektet.

Vedtak Brukerutvalget stiller seg svært positiv til forslaget, og har valgt Merethe Saga Lønnum som brukerrepresentant til prosjektet. Administrasjonen formidler kontaktinformasjon.

BU-52/20 Direktørens time
Svar på bestillingen fra møte i Brukerutvalget 10.11.2020:
- **Utskrivningsklare pasienter - Brukerutvalget forstår det slik at det mangler palliative plasser i kommunen som hindrer utskrivning av pasienter fra UNN. Hvordan stiller UNN seg til dette?**
Mottatt svar fra rådgiver Marit Bergh, Samhandlingsavdelingen:
UNN erfarer at pasienter med behov for lindrende behandling prioriteres av kommunene for å få plass så raskt som mulig. En god plan for oppfølging med beskrivelse av satsningsnivå og forslag til tiltak er særdeles viktig for disse pasientene.
Dette krever et godt samarbeid og at forhold vedrørende pasientens behov, forventet fremtidige utvikling og medisinering, er beskrevet i pasientjournal. Når det gjelder pasienter tilhørende Tromsø kommune er vi økende bekymret med tanke på antall tilgjengelige plasser/kapasitet for heldøgns omsorg. Dette gjelder også denne gruppen.

- **Pakkeforløp hjerneslag. Hva er status ved UNN vedrørende dette?**
Mottatt svar fra seksjonsoverlege Linn Hofsøy Steffensen, Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling

Vi er godt i gang med pakkeforløp hjerneslag. Det som gjenstår er å få i gang tre måneders konsultasjon med lege, og ved behov, tverrfaglig team. Per i dag skjer dette kun i form av samtale med sykepleier i forbindelse med registrering i hjerneslagregistret. Flest utfordringer med å få ned prehospital tidsbruk

- *Pasienten tar ikke kontakt tidsnok*
- *Store avstander i vårt lokalsykehus nedslagsfelt*
- *Transporten er i mange tilfeller helt avhengig av værforholdene*
- *Samtidighetskonflikt vedrørende lufttransport*

Mottatt svar fra seksjonsleder Disa Håkstad, Fysikalsk- og Rehabiliteringsmedisinsk seksjon Tromsø/Narvik

Rehab.medisinsk sengepost blir koblet inn i de tilfeller der det blir bedt om tilsyn for vurdering av videre rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Lokalsykehuspasienter med behov for spesialisert rehabilitering i sykehus blir tilbudt plass ved vår avdeling. Rehab.medisinsk sengepost Tromsø har også regionalt ansvar for unge pasienter med store utfall og pasienter som er hemikraniektomert. Det etterstrebes at minst 80% av de aktuelle pasientene tas imot innen 7 kalenderdager i hht. målepunkt 11A i Pakkeforløpet.

- Status for Diabetesplanen for UNN. Hva skjer nå?

Mottatt svar fra Ragnar Joakimsen, overlegeMedisinsk klinikk:

Sak om Diabetesplan ble behandlet i styremøtet i Helse Nord den 26/11-20,

Sak 157-2020 – Regional handlingsplan for Diabetes, 2014-2019 - hovedfunn av evaluering av planen og videre tiltak.

Jeg/Man oppfatter at styret i Helse Nord har gjort det de kan for å støtte diabetes-team, og at de ser behovet for å tilrettelegge for legedekningen. Men det er ikke spesifisert godt hva som skal skje.

Diabetesteamet i Bodø har blitt svekket: To erfarne diabetes-sykepleierne har sluttet, og overlege Tor Claudi er pensjonert.

Jeg er leder i fagrådet, og fagrådets oppgave er å gi råd til Helse Nords fagdirektør. Jeg oppfatter at ballen nå ligger delvis hos direktør i Helse Nord (som har fått oppdraget fra styret). Mhp. situasjonen i Bodø, så er det Nordlandssykehuset som har den ballen.

Ny bestilling:

-Hvordan følger Direktøren opp at tjenestene for vask av tøy til UNN er tilfredsstillende?

Svar mottatt fra driftssjef Harald Uhre ved Nor-Tekstil AS:

Det er Nor-Tekstil AS som forestår all vask av tøy til UNN.

Alle våre kjemikalier tilfredsstiller kriteriene for bruk i Svanemerket vaskeri, der kravet er at vaskemidlene ikke kan inneholde stoffer som er allergifremkallende med risikosetningene Xn med R42 og/eller Xi med R43.

Vi har et system for kontinuerlig prosesskontroll av skyllevannet, der pH korrigeres automatisk for å sikre nøytralisering etter vaskeprosessen. Vi gjennomfører også daglige manuelle målinger, der vi raskt vil avdekke avvik i vaskeprosessen eller feil dosering.

Det ingen tekstilbehandlingsprosesser som er mer allergivennlig enn våre, og vi opplever svært sjelden at dette er et tema knyttet til konkrete saker, med påvist allergisk reaksjon. Om man kan benytte bekledning og sengetekstiler til vanlig så kan man benytte våre.

I henhold til Norges astma- og allergiforbund er det likevel ingenting som er

allergifritt. Det er alltid en mulighet for at et individ vil oppleve en reaksjon. Gå også gjerne selv inn på hjemmesidene til nordisk miljømerking: www.svanemerket.no

Viseadministrerende direktør Marit Lind orienterte:

Revidering av UNNs overordnede strategi:
Kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge er ansvarlig for strategiarbeidet ved UNN. I forbindelse med revideringen av UNNs overordnede strategi er det nedsatt en arbeidsgruppe der Brukerutvalget har en representant. Arbeidsgruppen arbeider med å finne prosesser rundt hva strategien skal inneholde. Ny strategiplan vedtas i UNN sitt styremøte i april 2021. Brukerutvalget ønsker et arbeidsmøte før høringsuttalelse i saken. Marit Lind formidler dette til Einar Bugge.

Pandemien:
UNN har utarbeidet en beredskapsplan for å skalere opp både senge- og intensivkapasiteten for å ivareta Covid-19 pasienter ved behov. Lagebeholdning på smittevernutstyr er god. Hurtigtester brukes der det er nødvendig. Vaksinering er forhåpentligvis klar ut på nyåret, dette arbeidet reguleres nasjonalt. Det er kjent at Tromsø kommune ikke har kapasitet for å ta imot utskrivningsklarepasienter fra UNN. Dette fører til ekstra utfordringer til beredskapen for Covid-19 pasienter.

Vedtak: Brukerutvalget stiller krav om at pakkeforløp for hjerneslag følges opp i alle ledd i tråd med pakkeforløpenes tilrådinger. Brukerutvalget tilrår at det formidles kontakt med organisasjonene som har medlemmer som er slagrammede, for eksempel LHL og Landsforeningen for slagrammede.

Brukerutvalget setter fokus på at *Helse Nord* utarbeider ny Diabetesplan for hele Nord-Norge.

BU-53/20 Helsefellesskap

Avdelingsleder Magne Nicolaisen ved Samhandlingsavdelingen orienterte *om status*. I helsefellesskapene skal representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Helsefellesskap skal erstatte OSO, men OSO er operativ til Helsefellesskapet formelt blir etablert i partnerskapsmøte 22.4.2021. Se vedlegg.

Vedtak Brukerutvalget takker for en god orientering.

BU-54/20 Pårørende til barn over 18 år

Juridisk rådgiver Leif Nohr ved Kvalitets- og utviklingssenteret orienterte. Det er ingen automatikk i hvem som er nærmeste pårørende, det er den personen som pasienten oppgir. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi dette, er det de som yter helsehjelp som må ta stilling til hvem som er nærmeste pårørende. Pårørendes rettigheter – En oversikt for helsepersonell i den psykiske

helsetjenesten og rustiltak. Se vedlegg.

Vedtak Brukerutvalget var fornøyd med å få avklart de juridiske sidene ved dette temaet, og tar med seg de ulike synspunkter og innspill videre.

BU-55/20 Orienteringssaker
BU-55/20-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgruppe

	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	
4	OSO (Overordnet Samarbeidsorgan)	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Se sak 53/20 av i dag.
5	Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen Nina Nedrejord vara	Beredskap mht pandemien. Apotek med ekspedisjon og produksjon ved NUN. Omsetning over disk gått ned.
6	Parkeringsutvalget	Merete Krohn Mildrid Pedersen vara	Merete orienterte.
7	Pasientsentrert helsetjenesteteam	Merethe Saga Lønnum Marit Stemland vara	Merethe ikke hørt noe. Ses i sammenheng med Stormottakersatsingen.
8	Nye UNN Narvik	Styringsgruppe: Siv Elin Reitan Esben Haldorsen vara Prosjektgruppe: Anita Fjellfoss, Narvik Brukerrepresentanter: Esben Haldorsen Cathrin Carlyle Marit Myklevoll	Nedlegges grunnstein i Narvik. Esben Haldorsen og Anita Fjellfoss blir representanter fra BU. Opprettet en liten undergruppe av brukerrepresentanter
9	Kvam utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Nina Nedrejord Terje Olsen vara	Klinikksjef Jon Mathisen Vært møte, men deltok ikke.
10	Kvam utvalg Diagnostisk klinikk	Terje Olsen Kirsti Baardsen vara	Klinikksjef Kate Myreng
11	Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken	Hans- Johan Dahl Mildrid Pedersen vara	Klinikksjef Kristian Bartnes
12	Kvam utvalg NOR klinikken	Merete Krohn Merethe S Lønnum vara	Klinikksjef Bjørn Yngvar Nordvåg Utvalget fungerer veldig bra. HMS-handlingsplan. Diskuterer om KVAM-grupper skal helt ned på sengepostnivå.
13	Kvam utvalg Psykiatri- og rusklinikken	Nina Benjaminsen Merethe S Lønnum vara	Klinikksjef Tordis S. Høifødt
14	Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken	Merethe Saga Lønnum Nina Nedrejord vara	Klinikksjef Eva- Hanne Hansen
15	Kvam utvalg Barne- og ungdomsklinikken	Ungdomsrådet Nina Nedrejord	Klinikksjef Elin Gullhav Vært observatør imøte. Nina tok

UTKAST

			opp sak om pårørende.
16	Kvam utvalg Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken	Terje Olsen Ulf Jack Bergstrøm vara	Klinikksjef Rolv Ole Lindsetmo Hvordan tenke fremover strategisk. Åpenhet for brukermedvirkning har vært god. Samvalg.
17	Kvam utvalg Medisinsk klinikk	Mildrid Pedersen Siv-Elin Reitan vara	Klinikksjef David Johansen/ konst.klinikksjef Per Angermo. Nytt møte 21.12.
18	Utvikling av sykepleiernes praksisstudier	Nina Nedrejord	Ingenting skjer.
19	Prosjekt arealplan UNN Harstad	Arvid Eliseussen Ulf Jack Bergstrøm vara	
20	Pasient-app saken HN FRESK	Martin Andrè Moe fortsetter	
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. Deltar også i forskningsgruppen.
24	OSO satsing: Samhandlingsforum for somatikk i UNN Tromsø UNN Harstad UNN Narvik	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Tema i Direktørens time 9.12.2020. Stormottakersatsing og PHST har vært tema.
25	KLIN-REG- prosjekt: Likeverdige helsetjenester	Paul Dahlø	Forskningsprosjekt. Ingenting å rapportere.
26	Etablering av robotassistert PCI	Nina Nedrejord	Har vært et møte. Stoppet pga korona.
27	Samvalgsverktøy - Muskelknuter i livmor	Marit Stemland fortsetter	Prosjektleder Kirsti Rakkenes.
28	Klinisk etisk komite	Terje Olsen Kirsti Baardsen vara	Møtene går sin gang. Møte 10.12.2020.
29	Etablering av Helsefellesskap	Paul Dahlø Kirsti Baardsen vara	Magne Nicolaisen orientert I BU 9.12.2020. Møte 22.4.2021
30	Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Martin Moe	Diabeteshjelpemidler
31	Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K	Kirsti Baardsen Paul Dahlø vara	Prøve på en fornuftig fordeling av de tre UNN-lokaliseringer - hvor skal behandling plasseres.
32	Arbeidsgruppe om helsefellesskap	Paul Dahlø	Paul informerte. Etableringsmøte 22.4.2021
33	Kunstig intelligens innen radiologisk diagnostikk	Ulf Bergstrøm	Flerårig prosjekt.
34	Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø - konseptfase	Merethe Saga Lønnum	Tor-Arne Hanssen. Første møte 14.12.2020.
35	Fagråd for Akuttmedisinsk tjeneste	Hans-Johan Dahl	
36	KSU 1/2020 – helhetlig gjennomgang av tjenesteavtale 2	Merete Krohn	
37	Stormottakersatsingen	Ulf J Bergstrøm	
38	Revisjon av UNNS overordnede strategi	Merethe Saga Lønnum	Merethe sender info til adm. som videresender til BU. Må være ferdig til 16.12.

Vedtak Brukerutvalget vedtar endringer i representasjon og sekretariatet følger opp der det er aktuelt.

BU-56/20 **Referatsaker**

Det ble referert følgende referatsaker:

1. Referat fra møte i Ungdomsrådet, 2.-3.10.2020
2. Referat fra møter i BU Nordlandssykehuset, 26.10.2020
3. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 11.11.2020
4. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, 24.11.2020
5. Referat fra møter i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, 30.11.2020

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

BU-57/20 **Eventuelt**

1. Arbeidgruppe – pårørende

Brukerrepresentant Merethe Saga Lønnum orienterte.
Hun ser behovet for en pårørendegruppe for psykisk helse og rus.
Det opprettes en arbeidsgruppe med oppgave å fremlegge et forslag til innspill til UNN og Lærings- og mestrinsgssenteret.

Vedtak Brukerutvalget opprettet en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen ledes av Merethe Saga Lønnum, og arbeidsgruppen kommer tilbake med et resultat i neste møte i BU i februar 2021.

2. Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) – foreldre med barn under 18 år

Brukerrepresentant Merethe Saga Lønnum orienterte. Ønsker en orientering i Brukerutvalget fra UPS om dette arbeidet.

Vedtak Brukerutvalget inviterer UPS til neste møte i Brukerutvalget og administrasjonen gjør nødvendige forberedelser.

3. Møtehonorar til Brukerutvalget

Utdrag fra presseprotokoll Helse Nord RHF 29.4.2020,sak 59/20:

2. Møtehonorar til brukerutvalgene i Helse Nord RHF og alle helse-foretakene i Helse Nord fastsettes fra og med 1. januar 2020 som følger:
a. Fysiske møter, uansett varighet: kr. 1.960,-
b. Telefon- videomøter over 2,5 timer, ifølge oppsatt møtetid: kr. 1.960,-
c. Telefon- videomøter inntil 2,5 timer, ifølge oppsatt møtetid: kr. 980,-

3. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å sette i gang et arbeid for å videreutvikle systemet for godtgjørelser ved brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå i Helse Nord RHF og alle helseforetakene i Helse Nord med mål om å harmonisere godtgjørelsene for dette arbeidet regionalt.

Kirsti Baardsen (sign.)
utvalgsleder

Hilde A Johannessen(sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 9.12.2020
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 ved Wenche P Kjølås
- Ungdomsrådet UNN ved Elisabeth Warvik

UTKAST

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

MØTEREFERAT

Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Møtedato: Onsdag 22.01.21
Møtested: Skype og Bupa T-113
Tilstede: Medlemmer: Mathias Halvorsen leder, Iben Einan nestleder, Kamilla Hammari Olsen, Surajja Zeynalli, Ola Aas Hansen, Kamilla M. Sørensen, Magnhild Hjelme

Koordinatorer: Mariann Sundstrøm, Marit Nordmo og Elisabeth M. Warvik (referent)

Forfall: Johanne-Kristine Mortensen, Regine Elvevold

Saksliste:

UR 1/21 Godkjenning av referat fra helgesamlingen 2. og 3. oktober

Referatet ble kort gjennomgått. Referat godkjent.

UR 2/21 Tentativ møteplan for 2021 til godkjenning

Det er laget forslag til en tentativ møteplan for 2021. Det planlegges mulighet for flere møter i arbeidsutvalget. Vi tar inn i oversikten at helga 15.-17. oktober er foreslått som helgesamling i regionen. Smittesituasjonen og vaksinering er for lite avklart til å satse på samling i juni. Forslag til møteplan oppdateres med foreslåtte datoer for dialogmøter med styret 210421 og 150921. Oppdatert plan sendes alle i rådet.

UR 3/21 Årsmelding 2020 til godkjenning

Forslag til Årsmelding for 2020 er sendt ut til UR UNN, koordinatorer og klinikksjef BUK. Årsmeldingen ble gjennomgått av Mathias. Rådet sluttet seg til forslag til noen korrigeringer. Årsmeldingen ferdigstilles av Mariann i neste uke. Årsmeldingen er godkjent og sendes ut.

UR 4/21 Forslag til revidert mandat for UR UNN

Forslag til revidert mandat ble gjennomgått av Iben. De viktigste endringene er at rådet er likestilt utvalg på linje med Brukerutvalget, alder korrigeres til 12-25 år, rådet nå har tre koordinatorer. I praksis har det vært slik siden oppstart. Forslaget er godkjent av UR UNN og oversendes klinikkledelsen i BUK for endelig godkjenning.

UR 5/21 Rapportering fra aktiviteter medlemmene deltar på samt ajourhold oversikt

Kamilla S er med i tre prosjekter på BUPA - UPS. **CAPA** (brukermedvirkning) har stått stille men det er planer om å starte opp mer aktivt. **DBT-prosjektet** (dialektisk adferdsterapi) går ut på å utvikle digitale dagbokskort for utfylling av pasienten. Det ble søkt om midler men søknaden ble avslått. De jobber imidlertid videre med dette med planlagt ferdigstilling våren 2021. **BET** (basal eksponeringsterapi) er en behandlingsform for voksne med sammensatte alvorlige psykiske lidelser. Behandlingsformen skal tilpasses og tilbys ungdom med samme problematikk. Det ble søkt om midler men søknaden ble avslått. Prosjektet jobber videre med å lage behandlingsmaual og planlegges implementert over de neste to årene.

Ola er med i **Fit future 3** (ungdomsdelen av Tromsøundersøkelsen) som brukerrepresentant. Han har deltatt på et møte i april i fjor. På grunn av pandemien ble mye utsatt til i år. Neste møte er planlagt i februar i år.

Helsefellesskap ble presentert av koordinator Mariann. Helsefellesskap et det nye navnet på samarbeidet mellom kommunene i regionene og spesialisthelsetjenesten. Saken er i en oppstartsfase. Samarbeidet skal være basert på avtaler og forpliktende samarbeid. I april er det oppstart med et partnerskapsmøte. Pasientgruppene som nevnes spesielt i saken er: barn og unge, alvorlig psykisk helse og rus, eldre pasienter og pasienter med flere kroniske helseutfordringer.

Iben skal delta som erfaringskonsulent i prosjektet **Fact for ungdom** i oppstartsfasen i 6 måneder i første omgang. Prosjektet blir nok å gå over flere år. Dette handler om behandling og oppfølging til ungdommer og familiene til ungdommer som har moderate til alvorlige psykiske eller rus problemer. Ungdommene er i alderen 12-23 år. Ungdommene opplever ofte å havne mellom to stoler. Teamet som skal følge opp pasienten og familien er tverrfaglig sammensatt med representanter fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Ungdommene som deltar i prosjekter følger selv opp at de får avtalte honorar fra oppdragsgiver. Ta kontakt med sekretær Elisabeth hvis behov.

UR 6/21 Diverse informasjon og avklaringer

Deltagere til regional pasientsikkerhetskonferanse 170221 hele dagen: Surajja og Kamilla S er interessert i å delta. Vi undersøker påmelding. Programmet finnes på https://helse-nord.no/arrangementer/regional-pasientsikkerthetskonferanse-2021

UR UNN er bedt om å stille på undervisning for sykepleiere i videreutdanning 040221 kl 12.30 til 14.15. Iben stiller og vi jobber for å få med en til i rådet. Vi undersøker om det er digitalt møte og jobber fram et opplegg. Vi vurderer om en koordinator også kan stille.

UR 7/21 Eventuelt

Brukermedvirkning på tjenestenivå v/Siri Engstad: Siri har presentert ideen om en brukerbank på UNN tidligere for UR UNN. Saken er behandlet i direktørens ledermøte. UNN planlegger å gå bredt ut i media for å få tak i interesserte brukermedvirkere. Disse skal få tilbud om opplæring, og det lages en veileder for brukermedvirkning på UNN. Opplæring i brukermedvirkning skal gis til ansatte på UNN. I lederutviklingsprogrammet til UNN vil brukermedvirkning tas inn. Det planlegges en årlig lunsj til lunsj konferanse for brukermedvirkere. Dette i samarbeid med frivilligheten på UNN. Forslaget er at nye brukermedvirkere som melder seg skal få en «kompis» som de kan ta kontakt med for å få nærmere informasjon. Flere i UR UNN meldte seg til å være «kompis». Ungdomsrådet vil få tilbud om å sitte i referansegruppen til prosjektet som skal gå over ett og et halvt år. I prosjektet skal brukermedvirkning monitoreres blant annet for å se om den øker.

Saker til dialogmøte med styret 210421: Saken utsettes til neste møte. Vi nevnte kort hva et dialogmøte er og nevnte noen mulige saker.

Konferansen Arctic Frontiers: Koordinator Mariann informerte om en stor konferanse som i år har fokus på helse. Konferansen har særlig fokus på barne- og ungdomshelse, psykiatri. Konferansen er spennende med topp forelesere. Et par ungdommer meldte sin interesse.

FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF

Årsmelding 2020

10. februar 2021

Postadresse
Finnmarkssykehuset
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Besøksadresse
Hammerfest sykehus
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Tlf, sentralbord: 78 42 10 00

postmottak@finnmarkssykehuset.no
www.finnmarkssykehuset.no

Organisasjonsnummer
983 974 880

Innhold

Forord 3
1. Ungdomsrådets sammensetning 4
2. Mandat 4
3. Organisering og administrasjon 5
4. Ungdomsrådets arbeid i 2020 6
4. Videre arbeid 10
5. Økonomi 11
6. Egenvurdering 11
7. Vedlegg 11

Forord

Ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset HF er engasjerte og ønsker å bidra til at Finnmarkssykehuset utvikler sine tjenester slik at de blir så godt tilpasset som mulig til ungdommenes behov. Til tross for covid-19 pandemien har ungdomsrådet fått gjennomført de fleste av møtene som var planlagt, deltatt på et felles møte med alle ungdomsrådene i Helse Nord og vært med på Pasientsikkerhetsuka.

På grunn av at det har blitt noe færre aktiviteter i 2020 enn det normalt ville ha vært er det besluttet at Ungdomsrådet sitter ett år ekstra, altså til mars 2022.

1. Ungdomsrådets sammensetning

Leder:	Miriam Thi Flatlandsmo Berglen – tiltrådte i september 2020 etter at leder Ann-Kristin Krane Schleis trakk seg.
Nestleder:	
Medlemmer:	Benjamin Berglen Lone Nilsen Erik Karlstrøm Hedda Kristoffersen Sol Andrea Hasselberg Evelina Sæter Tro Johnsen
Koordinator:	Beate Juliussen, administrasjonssjef

Ungdomsrådet ble utnevnt av administrerende direktør 29. januar 2019 og hadde konstituerende møte 26.-28. april 2019 hvor leder og nestleder ble valgt. Rådet skulle i utgangspunktet sitte ut mars 2021, men på grunn av covid-19 er det besluttet at rådet sitter ut mars 2022. Lederen av ungdomsrådet trakk seg i september 2020, og nestleder gikk da inn som leder. Det vil bli valgt ny nestleder på møte i februar 2021. Ungdomsrådet består nå av 5 jenter og 2 gutter i alderen 14-23 år, og er bosatt i Hammerfest, Kirkenes og Alta. I følge mandatet skal Ungdomsrådet bestå av 9 medlemmer og 4 varamedlemmer. Det er løpende rekruttering til ungdomsrådet, uten at en har klart å få inn noen flere.

De aller fleste medlemmene har hatt langvarig kontakt med primærhelsetjenesten både i Finnmarkssykehuset, UNN og andre sykehus. Flere av ungdommene har også erfaring fra det å være pårørende.

Les mer om Ungdomsrådet på: https://finnmarkssykehuset.no/om-oss/ungdomsrad
Ungdomsrådet kan kontaktes på e-post: ungdomsradet@finnmarkssykehuset.no

2. Mandat

Ungdomsrådets mandat ble vedtatt i styremøte 21.-22. juni 2017 i styresak 58/2017.

Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom i alderen 12-23 (24) år.

Ungdomsrådet skal:

- Fremme synspunkter og saker som er viktig for at ungdom skal få gode helsetjenester
- Komme med innspill til Finnmarkssykehuset som kan bedre tilbudet til unge brukere og deres pårørende
- Være et høring- og rådsorgan for Finnmarkssykehuset i saker som gjelder ungdom
- Komme med forslag til hva Ungdomsrådet skal jobbe med

Se vedlagte mandat.

3. Organisering og administrasjon

Ungdomsrådet er et foretaksovergripende organ for ungdoms brukermedvirkning i hele Finnmarkssykehuset HF. Ungdomsrådet er sidestilt Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF, men velges ikke inn i råd og utvalg på samme måte som Brukerutvalget. Ungdomsrådet kontaktes for innspill på enkeltsaker og Ungdomsrådet kan fremme saker for Finnmarkssykehuset HF. Leder av UR deltar på Brukerutvalgets møte i desember, samt dialogmøte med styret i samme møte.

Ungdomsrådets arbeid og prioriteringer styres av medlemmene, og koordinatorene bistår rådets arbeid. Referat fra rådets møter legges ut rådets nettside og lagres i sakarkivet Elements.

Ungdomsrådet har administrativ forankring i Foretakssekretariatet i administrerende direktørs stab. Budsjett og driftsansvar ligger til administrasjonssjef som også har sekretærfunksjon. Støttefunksjon er hentet fra samhandlingsrådgiver i Klinikk Kirkenes, samt de ressurser som det har vært behov for i klinikkene underveis.

Koordinator for Ungdomsrådet har følgende oppgaver:

1. Bistå Ungdomsrådets leder/nestleder, blant annet gjennom faste samarbeidsmøter
2. Være kontaktperson for interne og eksterne henvendelser
3. Utarbeide årsplan, innkalling til møter, saksliste og forberedelse av saker, skrive referat
4. Ha ansvar for rekruttering av nye rådsmedlemmer
5. Planlegge program og avvikling av helgesamlinger. Delta som ansvarlig leder.
6. Sørge for egnet metodikk tilpasset aldersgruppen
7. Rapportere Ungdomsrådets virksomhet
8. Bistå Ungdomsrådet ved ulike representasjons- og kommunikasjonsoppgaver

Koordinator sitter i direktørens ledergruppe.

Referat/protokoll sendes mellom Brukerutvalget og ungdomsrådet.

Deltakelse og godtgjøring

Medlemmene i Ungdomsrådet er spredt over hele fylket, slik at det avholdes møter på skype/telefon på ettermiddager og det planlegges for 1-2 helgesamlinger. Møtetidspunktet legges til ettermiddag/kveld og helg for å ikke få så mye fravær fra skole/jobb. Leder har formøte med koordinator. Godtgjøring for møter og reisekostnader følger egne retningslinjer. Rådsmedlemmene kan inviteres til frivillig deltakelse på andre interne og eksterne oppdrag. Ved eksterne oppdrag skal oppdragsgiver dekke reise og eventuell godtgjøring.

Bakgrunnsdokumenter

- Nasjonal helse - og sykehusplan (2016–2019)
- Regjeringens strategi for ungdomshelse (2016-2021)
- Stortingsmelding nr. 34 (1996-97). Om brukermedvirkning

- Lov om helseforetak § 35. Brukermedvirkning i helseforetak
- Barnekonvensjonens artikkel 12
- Helse Nord sitt oppdragsdokument 2017, 2018 og 2019.
- Ungdomsråd i helseforetak. Hvorfor og hvordan? Ahus og paraplyorganisasjonen Unge funksjonshemmede
- Barneombudets fagrapport 2013 – Helse på barns premisser

4. Ungdomsrådets arbeid i 2020

Ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset HF har hatt 2 digitale møter i 2020. Det har ikke vært avholdt fysiske møter på grunn av covid-19. Det har vært behandlet 17 saker i 2020.

På møtet i juni var Tore Christoffersen med på møtet og informerte om befolkningsundersøkelse om helse i Finnmark (FETCH) hvor ungdomsrådet ble invitert til å delta i en arbeidsgruppe. På dette møtet fikk ungdomsrådet også besøk av Ane Kokkvoll som er overlege på barneavdelinga og diabetessykepleierne Lin Aina Sjøgren og Gunn Kristin Langvoll som alle snakket om gode overganger fra barn til voksen og hvordan det jobbes etter prinsippene som Ungdomsrådene har utarbeidet. Lars Bjørn Mehus gav også en oppdatering om nye Hammerfest sykehus og hvordan det vil bli tilpasset barn og unge.

Bilde fra digitalt møte i Ungdomsrådet juni 2020

Grunnsteinsnedlegging nye Hammerfest sykehus

Lederen av Ungdomsrådet deltok på grunnsteinsnedlegging for nye Hammerfest sykehus 8. juni 2020.

Gensere til Ungdomsrådet

For å kunne profilere ungdomsrådet på en bedre måte ble det besluttet å få laget hettegensere. Miriam Thi designet genseren, og alle ble veldig fornøyde med resultatet!

Pasientsikkerhetsuka 2020

I september arrangerte Finnmarkssykehuset Pasientsikkerhetsuka for første gang. Målet med Pasientsikkerhetsuka er økt dialog og åpenhet om pasientsikkerhet i foretaket, dele kunnskap, inspirere til medvirkning og spre informasjon om hvordan Finnmarkssykehuset jobber med pasientsikkerhet. Det var ulike tema på hver klinikk. Ungdomsrådet deltok i Alta og Kirkenes med bidrag som gjorde inntrykk på alle.

Erik Karlstrøm deltok på Pasientsikkerhetsuka i Alta

Miriam Thi Berglen deltok på Pasientsikkerhetsuka i Kirkenes

Innspill til Oppdragsdokumentet 2021

Finnmarkssykehuset HF sitt Ungdomsråd gav følgende innspill til oppdragsdokumentet 2021:

1. Alle helseforetak skal implementere rutiner for gode overganger fra barn til voksen i sykehus. Ungdomsrådene skal involveres i dette arbeidet. «Prinsipper for gode overganger» utviklet av ungdomsrådene i Helse Nord skal tas hensyn til i utarbeidelsen/implementeringen av rutinene.
2. Alle helseforetak skal ha fokus på ernæring. Det er spesielt viktig at også de som har et særskilt behov eller spesiell diett skal føle at de får et godt tilbud. Det er ønskelig at en i større grad kan bestemme selv når en vil spise. Det er også viktig at de som har behov for at noen sitter sammen med en når en spiser får dette.
3. Helseforetakene bør ha et godt samarbeid med pasientorganisasjoner. Eksempelvis at revmatologisk poliklinikk samarbeider med BURG/NRF.

Samarbeid med andre Ungdomsråd

Det er opprettet et godt samarbeid med andre Ungdomsråd i Helse Nord, men også resten av landet etter deltakelsen på landskonferansen i Trondheim i 2019.

Det var planlagt en felles samling for ungdomsrådene i Helse Nord høsten 2020. På grunn av covid-19 lot det seg ikke gjøre å arrangere dette fysisk. I stedet ble det arrangert et digitalt regionalt møte 4. november med god deltakelse fra Ungdomsrådene i Finnmarkssykehuset, UNN og Nordlandssykehuset.

Program møte Ungdomsrådene Helse Nord

Dato: 4. november, tidspunkt 18:00 til 20:00, Skype
For: Medlemmer av Ungdomsråd Helse Nord

17:45 *Test av utstyr - innlogging*

18:00 *Velkommen*, bolk ledet av Marie Dahlskjær, Ungdomsrådet Nordlandssykehuset

- Oppdatering fra alle Ungdomsråd, v/ledere av Ungdomsrådene
- Ungdomsarbeidet under Corona

18:30 Tema: **Brukermedvirkning**, bolk ledet av Miriam Thi Berglen, Leder av Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset

- *Hvordan jobber vi med brukermedvirkning i Sámi Klinihkka* ? v/ Turid Turunen, Erfaringskonsulent Sámi Klinihkka
- *Brukermedvirkning på avdelingsnivå* v/ Siri Engstad, Erfaringskonsulent UNN

19:00 Pause

19:15 *Hvorfor er brukermedvirkning viktig for ledelsen i Helseforetak*? v/ Beate Sørslett, Medisinsk direktør Nordlandssykehuset

19:30 *Hva skal vi **jobbe** med fremover*, bolk ledet av Mathias Halvorsen, leder av Ungdomsrådet UNN

- Hva ønsker vi å jobbe med fremover?
- Hva er viktig for ungdom på sykehus?
- Tema for helgesamling?
- Forslag til dato for helgesamling for 2021:
  1) 28. til 30. mai, 2021 eller
  2) 4. til 6. juni, 2021

20:00 Takk for nå!

Deltakelse i råd og utvalg
Representanter fra Ungdomsrådet er med i følgende råd og utvalg:

Råd og utvalg	Ungdomsrådsmedlem
Referansegruppe for prosjektet Ung Face IT i regi av Senter for sjeldne diagnoser ved Oslo Universitetssykehus. Oppstart 2019, varighet 3-4 år.	Erik Karlstrøm
Fagråd for pasient- og pårørendeopplæring Helse Nord RHF. 01.10.19-30.09.22	Ann-Kristin Krane Schleis
Arbeidsgruppe for forskningsprosjektet FETCH	Hedda Kristoffersen

4. Videre arbeid

I og med at det ikke ble gjennomført så mange møter i 2020 vil Ungdomsrådet videreføre planene fra 2020 til 2021:

- Råd fra ungdomsrådet til helsepersonell
- Bli mer synlig i helseforetaket
    - Delta på fagdager der dette er naturlig (barnemedisin, BUP, ...)
    - Møte 6. års medisinstudenter – Pasientsikkerhetsopplæringen
    - LIS 1 opplæringsuken
    - Presentasjon for foretaksledelsen i Finnmarkssykehuset HF
- Jobbe for at prinsippene for gode overganger blir implementert i Finnmarkssykehuset HF
- Få ut informasjon til ungdom på www.finnmarkssykehuset.no om ungdomsrådet og tekst rettet mot ungdom som er pasienter på Finnmarkssykehuset HF i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen til Finnmarkssykehuset HF.

5. Økonomi

Det har vært lav aktivitet i 2020, noe som også gjenspeiles i regnskapet. Avsatt budsjett var på kr 151 160.

Honorarkostnader	6 132
Tjenestereiser og kurs	4 345
Annet driftsmateriale	12 441
Sum	**22 918**

6. Egenvurdering

Til tross for korona forholdene har vi likevel klart å holde rådet i gang. Det har vært mye nettmøter, men sånn må det nesten være. Vi har jobbet med ungdommens perspektiv og deltatt der vi har fått muligheten. Det er fint å se at vi endelig er i gang, og blitt synlige for de som måtte trenge oss.

Det har vært et litt uventet bytte i rådet med ny leder og nestleder og det har derfor tatt litt tid å sette seg inni de nye oppgaver. Men vi er sterke og sammen får vi det til.

Det er en vanskelig situasjon for alle, dette med korona. Og kanskje spesielt ungdom med helseutfordringer. Vi vet ikke hvor lenge det skal være sånn, men vi ønsker at ungdommen skal få det best mulig i denne perioden og helst etter også. Fremover ønsker vi å ha mer fokus på ungdommens situasjon akkurat nå.

Hammerfest 10. februar 2021

Miriam Thi F. Berglen
Leder Ungdomsrådet

Erik Karlstrøm
Nestleder Ungdomsrådet

7. Vedlegg

1. Mandat Ungdomsråd i Finnmarkssykehuset HF

Mandat for ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF

1. Grunnlag og formål

Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom 12-23 (24) år.
Ungdomsrådets rolle er å ivareta prinsippet om at det er pasientens behov som skal være førende for struktur og innhold i Finnmarkssykehuset.
Ungdomsrådet skal være et rådgivende organ og en høringsinstans for Finnmarkssykehuset for å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom.
Ungdomsrådet skal være en kunnskapskilde til forbedring av Finnmarkssykehuset.
Ungdomsrådet skal foreslå tiltak som Finnmarkssykehuset kan bruke for å forbedre sitt tilbud til ungdom.

2. Rekruttering, representasjon og oppnevning

Rekruttering

I tillegg til allmenn utlysning vil brukerorganisasjoner inviteres til å nominere kandidater til ungdomsrådet.

Representasjon

Medlemmene bør i sum ha tilknytning til både somatikk og psykisk helsevern og også rus. Øst, Midt- og Vest-Finnmark skal være representert. Det skal være medlem med samisk språk- og kulturkompetanse.
Det skal være jevn kjønnsfordeling og en viss aldersspredning innenfor alderen 12-23 (24) år. Medlemmer under 18 år må ha samtykke fra foresatt til å sitte i rådet.
Det skal være vararepresentanter, men ikke personlig vara. Dersom et medlem flytter ut av fylket skal denne søke permisjon eller fritak fra vervet. Dette gjelder også ved flytting ved skolegang/studier. I slike tilfeller rykker vararepresentant opp. Administrerende direktør kan supplere listen over vararepresentanter.

Oppnevning

Administrerende direktør oppnevner medlemmer på bakgrunn av innkomne forslag eller ønsker.

Varighet

Medlemmene sitter i 2 år, med mulighet for gjenoppnevning. Det er ikke er ønskelig at hele rådet skiftes ut samtidig.

3. Organisering

Ungdomsrådet er et overordnet organ og skal arbeide for ungdoms brukermedvirkning i alle Finnmarkssykehusets klinikker.
Ungdomsrådet skal bestå av 9 medlemmer og 4 varamedlemmer. Ungdomsrådet velger selv leder og nestleder. Koordinator fra Finnmarkssykehuset skal understøtte ungdomsrådet.

Postadresse
Finnmarkssykehuset
Sykehusveien 35
9601 Hammerfest

Besøksadresse
Hammerfest sykehus
Sykehusveien 35
9601 Hammerfest

Tlf, sentralbord: 78 42 10 00
postmottak@finnmarkssykehuset.no
www.finnmarkssykehuset.no

Organisasjonsnummer
983 974 880

Møter

Ungdomsrådet skal ha 4 – 6 årlige møter. Møtene kan avvikles som video-/Skype-konferanser. Ett møte kan erstattes med helgesamling.
I tillegg kan ungdomsrådet/medlemmer i ungdomsrådet inviteres av Finnmarkssykehuset til frivillig deltakelse ved møter med ledelse, foredrag etc.

Samarbeid med foretakets koordinator

Foretaket har en koordinator som skal ivareta daglig drift av ungdomsrådet.
Koordinatoren skal:

- sørge for møteplan, innkalling, sakslister og forberedelse av saker, samt skrive referat/protokoll fra ungdomsrådets møter
- bistå ungdomsrådets leder og nestleder
- organisere intern og ekstern kommunikasjon og formidling fra Ungdomsrådet
- organisere valg av nye medlemmer til ungdomsrådet

Samarbeid med klinikkenes kontaktpersoner

Hver klinikk har en kontaktperson for ungdomsrådet. Kontaktperson i klinikk har ansvar for å koordinere kontakt mellom Ungdomsrådet og klinikken i saker som angår klinikken.
Både Ungdomsrådet og Finnmarkssykehusets klinikker kan komme med saksforslag. Ungdomsrådets arbeid og prioriteringer skal eies av rådet selv.

Samarbeid med brukerutvalget

Det skal være et samarbeid mellom Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset.
Ungdomsrådets leder møter i årlig brukerutvalgsmøte for å orientere om aktuelle saker. Sakslister og referat/protokoll sendes rutinemessig mellom utvalgene.

Taushetsplikt

Medlemmene har taushetsplikt, som betyr at det som deles av personlige erfaringer i rådet ikke skal deles med noen andre. Taushetsplikten gjelder særlig personlige opplysninger om pasienter. Taushetserklæring skal undertegnes.

4. Oppgaver

Medlemmene kan dele sine erfaringer med hverandre dersom de føler for det.
Ungdomsrådet skal:

- Fremme brukerperspektivet som ungdom for helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter ved å gi konkrete råd for forbedring av tjenester til ungdom i Finnmarkssykehuset og dele sin erfaringskunnskap som brukere til nytte for annen ungdom
- Gi konkrete råd om forbedring av tjenester til ungdom i Finnmarkssykehuset og fremme synspunkter og saker som kan være viktige for å kunne forbedre Finnmarkssykehusets tilbud til unge brukere og pårørende

5. Godtgjøring

Timesats for møter er kr. 120 for medlemmer og kr. 150 for leder/nestleder. Satsene reguleres i tråd med satsene ved UNN HF.
Medlemmene får reisegodtgjørelse etter statens reiseregulativ
Om ordinært møte erstattes med helgesamling honoreres dette som to møter a 4 timer.
Dersom medlemmene inviteres til andre møter eller arrangement er prinsippet at oppdragsgiver betale honorar.

2020

Årlig melding fra brukerutvalget Helgelandssykehuset HF

Halve brukerutvalget samlet på møte: Tove Linder Aspen, Anne Lise Brygfjeld, Steinar Arnesen og Trine Mari Aavitsland.

Innhold

1. Brukerutvalgets sammensetning i 2020 2
2. Møter i brukerutvalget i 2020 3
3. Brukerutvalgets mandat 3
4. Saker i 2020 4
5. Brukerutvalgets deltakelse på årets konferanser 5
6. Brukerrepresentasjon i 2020 6
7. Økonomi 7
8. Videre arbeid 7
9. Takk 8

1 Brukerutvalgets sammensetning i 2020

Leder:	Anne Lise Brygfjeld	SAFO - NFU
Nestleder:	Per Hansen	FFO – Mental Helse
Medlemmer:	Einar Moen	Eldrerådet
	Trine Mari Aavitsland	Kreftforeningen
	Tove Linder Aspen	TSB - Ivareta
	Josefina Skerk	Samisk representant
	Nils Rishaug	FFO - HLF
Varamedlemmer:		
	Mariette Korsrud	SAFO – NHF
	Steinar Arnesen	FFO - NPF
	Grete Bang	Eldrerådet
	Rigmor Røberg	Kreftforeningen
	Ija Nilsen	TSB - RIO
	Gunnhild Granefjell	Samisk representant
	Hilde Valrygg Vik	FFO - HLF

Valg av nytt brukerutvalg mai 2020

Anne Lise Brygfjeld er brukerutvalgets leder. Hun ble gjenvalgt som leder for to nye år ved valg av nytt brukerutvalg i mai 2020.

Det øvrige brukerutvalget ble endret med tre nye representanter inn i utvalget, samt en varabank bestående av sju representanter. Der det kom inn fem nye navn sammenlignet med året før.

2 Møter i brukerutvalget 2020

Brukerutvalget hadde seks planlagte møter for 2020. Det ble satt opp to ekstraordinære møter i tillegg, og ett ordinært møte ble avlyset- og deretter flyttet til januar-21.

Totalt ble det sju møter og 87 saker som ble behandlet.

Arbeidsutvalget (AU) har hatt møter cirka en-to uker før hvert brukerutvalgsmøte. AU har stått for planlegging av saksliste og innhold. Det er leder og nestleder som utgjør AU i samarbeid med sekretariat.

De fleste møtene har vært avholdt på digitale plattformer grunnet situasjonen med Covid-19. Det ble kun ett fysisk møte i Mosjøen i august, men også da deltok noen digitalt. All opplæring av nytt brukerutvalg som ble valgt i mai, ble gitt via digitale plattformer: E-læringskurs + foredrag via digitalt møterom.

Desembermøtet var planlagt som et fysisk møte i Mo i Rana, men grunnet koronasituasjonen ble det først omgjort til digitalt møte, og deretter avlyst/flyttet til januar 2021.

3 Brukerutvalgets mandat

Mandatet for brukerutvalget er utarbeidet på bakgrunn av veiledende nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak. Mandatet ble vedtatt på styremøte 20. april 2018.

Mandatet gir plass til sju faste medlemmer i brukerutvalget. FFO har to representanter hvor den ene skal representere Mental Helse. SAFO, Kreftforeningen, TSB, Eldrerådet og samisk befolkning har en plass hver i utvalget. Mandatet slår fast at det skal være minimum seks møter i året.

Utdrag fra mandatet:

Bakgrunn og mandat

1. Brukerutvalget er et rådgivende organ for styret og administrerende direktør av helseforetaket.
2. Brukerutvalget i Helgelandssykehuset hadde sitt første møte i desember 2002.
3. Brukerutvalget er bindeleddet mellom brukere, styret og administrerende direktør av helseforetaket og skal gjennom denne funksjonen sørge for at brukernes interesser på en saklig framstilt måte, blir drøftet og fulgt opp.
4. Pasienterfaringer skal kun diskuteres og behandles på generelt grunnlag. Brukerutvalget skal heller ikke erstatte noen av eksisterende råd og utvalg i Helgelandssykehuset, men være et supplement til disse.
5. Brukerutvalget er representert på Helse Nords fellesseminarer for brukerutvalg / brukermedvirkning i regionen.

6. Brukerutvalget skal markedsføre seg mot totaliteten av brukere på Helgeland, slik at det til enhver tid er synlig hvem som har mulighet til å fremme saker på vegne av brukerne.
7. Brukerutvalget skal ha minimum 6 møter pr. år iht. Strategi og handlingsplan for brukermedvirkning i Helseforetak i Helse Nord (2013). Iht. foretakets miljøprofil skal møtene avholdes fortrinnsvis på videokonferanse/Skype. 1-2 fysiske møter pr. år.

Arbeidsoppgaver

1. Fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende. Arbeide for styrket brukermedvirkning
2. Brukerutvalget skal være pro - aktiv og rette seg mot brukere på tvers i helseforetaket, uavhengig av tilknytning til brukerorganisasjon.
3. Arbeide for gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, etnisk opprinnelse, bosted og sykdom/diagnose.
4. Brukerutvalget skal også bidra i arbeidet med forbedring av brukernes tilbud i Helgelandssykehuset, eksempelvis gjennom kvalitetsutvalg og prosjekter som omfatter endringer av fysiske miljø og /eller endring i pasienttilbud.
5. Brukerutvalget skal følge med på styrets og helseforetakets årshjul og bidra i mål- og strategiarbeid, hovedprosesser, forbedrings- og omstillingsprosesser og i øvrige faglige prosjekter, og delta/medvirke/bidra i råd og utvalg i alle saker som angår tjenestetilbudet.
6. Brukerutvalget kan foreslå kandidater fra området til engasjement i ulike interne prosjekter som krever brukermedvirkning
7. Brukerutvalget skal jamfør retningslinjer ha til behandling:
    a. Helseforetakets budsjett og virksomhetsplan
    b. Helseforetakets årlige melding
    c. Oppdragsdokument og virksomhetsplan
    d. Strategi og status for arbeid med kvalitetsmål, ventetider mv.
8. Brukerutvalget skal avgi høringsuttalelser til relevante planer og utredninger.
9. Holde seg orientert om brukerundersøkelser og aktiv bruk av resultatene i forbedringsarbeidet.

4 Saker i 2020 (et utvalg)

Koronasituasjonen i år har gitt brukerutvalget en bratt læringskurve i digital kompetanse. Vi ser at det gir nye muligheter for møtevirksomhet og pasientkonsultasjoner. Men digitale møter og konsultasjoner stiller også større krav til brukere i digital forståelse, utstyr, ferdigheter og funksjon. Det stiller også krav til stabilitet og brukervennlighet i de digitale plattformer som brukes, derfor ønsker brukerutvalget at Helgelandssykehuset skal ta i bruk et bedre system enn Skype for business. Plattformen fungerer, men det finnes enklere og bedre alternativer der samhandling mellom mange aktører står sentralt.

Saker som brukerutvalget har hatt til behandling:

- Vaktberedskap innen psykisk helsevern
- Stans av tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset
- Oppdragsdokument 2020
- Ambulanseflysaken
- Oppfølging av universell utforming
- Desentralisert sykepleierutdanning
- Orientering fra pasient- og brukerombudet i Nordland
- Pasientsikkerhet i Helgelandssykehuset
- Ledelse- og kvalitetsforbedring i Helgelandssykehuset
- Beredskap Covid-19
- Nye Helgelandssykehuset
- Helsefellesskap Helgeland
- Kommunikasjon
- Samvalg
- Kompetanseplan for Helgelandssykehuset
- Barn som pårørende
- Kvalitetsregister
- Klinisk gjennomgående ledelse
- Pasienttransport
- Budsjett 2021
- Oppnevning av brukerrepresentanter i råd, utvalg, og prosjekt

Leserinnlegg /pressemeldinger /høringsuttalelser sendt til media:

Brukerutvalget har sendt leserinnlegg til lokalaviser på Helgeland i anledning

- Tarmkreftkirurgisaken på Helgeland - 23. januar
- Situasjonen i Helgelandssykehuset - 4. september
- For brukerne - 15. oktober

5 Brukerutvalgets deltakelse på årets konferanser

I 2020 har brukerutvalget kun deltatt på digitale konferanser.

Pasientsikkerhetskonferansen 13.-14. februar, Bodø:	Anne Lise Brygfjeld
Forskerkonferanse på Helgeland 2. oktober, Mo i Rana:	Åse Wrålsen og Dag Utnes
Regional brukerkonferanse 16.-17. oktober, Bodø:	Anne Lise Brygfjeld og Rigmor Røberg

6 Brukerrepresentasjon i 2020

I 2020 ble det oppnevnt brukerrepresentanter til mange forsknings- og innovasjonsprosjekter i regi av Helgelandssykehuset. I tillegg har vi oppnevnt mange representanter til faste råd/utvalg og interne prosjekter for bygg- og fagutvikling. Brukerrepresentanter har velvillig sagt ja til nye utfordringer, og brukerne setter stor pris på å bli involvert i arbeidet helt fra start.

Utfordringer med Covid-19 har medført at de fleste møter har blitt holdt på digitale plattformer, og at brukerrepresentant ikke har blitt innkalt til fysiske møter fordi sykehuset har hatt strenge restriksjoner for besøkende.

Dessverre har det medført at enkelte brukerrepresentanter ikke har opplevd at de har fått medvirke slik de ønsker, men mange prosjektledere hevder likevel at de har hatt god nytte av innspillene som har kommet på e-post og telefon fra representantene. Det er vi glade for.

Brukermedvirkning på system- og tjenestenivå øker. Det stiller krav til systematikk rundt god involvering og honorering av brukerkompetanse. Det jobbes i Helse Nord med å kvalitetssikre arbeidet, men det er også behov for lokale tilpasninger.

Aktivitet/Utvalg/Prosjekt	**Brukerrepresentant**
Helgelandssykehusets styre	Anne Lise Brygfjeld/Per Hansen
Overordnet samarbeidsutvalg (OSO)	Anne Lise Brygfjeld
BU Sykehusapotek Nord	Josefina Skerk/Anne Lise Brygfjeld
Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget	Anne Lise Brygfjeld/Tove L. Aspen
Forskningsutvalget	Dag Utnes
Forskningsprosjekt - hofte-kne -"Likeverdige tjenester"	Åse Wrålsen
Forskningsprosjekt farmasøyt i akuttmottak	Anne Lise Brygfjeld
Distriktsmedisinsk senter Brønnøysund (DMS)	Mariette Korsrud/Einar Moen
Samhandlingskonferansen 2020	Per Hansen/Alf Tjønna
Prosjekt samhandling om mestringstreff på Helgeland	Alf Tjønna
Helse i arbeid	Rigmor Røberg
Oppgradering av operasjonsfasilitetene Mo i Rana	Rigmor Røberg/Bjørn Helge Hansen
Den eldre pasient - Prosjekt Ssj	Einar Moen/Grete Bang
Kunstig intelligens - lungelyder - forskning	Per Hansen
Nomogram - rektum canser - forskning	Tove Linder Aspen
Pasientsikkerhet - psykisk helse - forskning	Ija Nilsen
Hjelpemiddel for kateterisering kvinner- innovasjon	Hilde Valrygg Vik
Desentralisert sykepleierutdanning på Helgeland	Nils Rishaug
KSU for samhandlingsprosedyrer - OSO	Trine Mari Aavitsland
Ombygging - inngang Hsyk MO i Rana	Tove Linder Aspen
Styringsgruppe Nye Helgelandssykehuset	Per Hansen
Arbeidsgruppe Samhandling - Nye Helgelandssykehuset	Anne Lise Brygfjeld
Arbeidsgruppe BUP	Linn Marie Solhaug
Helsefellesskap KSU	Anne Lise Brygfjeld

7 Økonomi

Økonomisk drift brukerutvalget:

Brukerutvalgets utgifter inngår i regnskapet for Senter for samhandling. 2020 ble «anderledesåret» for brukerutvalget. Nesten alle møter ble gjennomført digitalt. Det medførte selvfølgelig reduserte reiseutgifter sammenlignet med tidligere. Også alle konferanser har vært digitale og dermed ingen reiseutgifter.

Honorar for møtevirksomhet ble oppjustert i år av styret i Helse Nord. I 2020 har disse godtgjørelser og møtehonorar vært gjeldende:

Godtgjørelse

a. Årlig godtgjørelse for brukerutvalgets leder kr. 26 200,-

b. Årlig godtgjørelse for brukerutvalgets nestleder kr. 19 200,-

c. Årlig godtgjørelse for medlem i brukerutvalgets arbeidsutvalg kr. 13 100,-

Møtehonorar

a. Fysiske møter, uansett varighet: kr. 1.960,-

b. Telefonmøter/videomøter over 2,5 timer, ifølge oppsatt møtetid: kr. 1.960,-

c. Telefonmøter/videomøter inntil 2,5 timer, ifølge oppsatt møtetid: kr. 980,-

8 Videre arbeid

Brukerutvalget opplever at etterspørselen etter deres brukerkompetanse blir etterspurt i flere prosesser enn tidligere, alt fra lokale prosjekter til forskning, innovasjon og utvikling av Nye Helgelandssykehuset.

Dette er arbeid som engasjerer. Ønsket om å fortsette å bidra i utviklingsarbeid lokalt er stort blant brukerrepresentantene. I videre arbeid ser brukerutvalget det som viktig at man fortsetter å sette fokus på områder som er felles med øvrige brukerutvalg og regionalt brukerutvalg. Økt samarbeid vil bli etterspurt.

Lokalt på Helgeland ser brukerutvalget det som særlig viktig å være engasjert i:

- Strategisk faglig utviklingsplan
- Nye Helgelandssykehuset
- Helsefellesskap
- «Den gyldne regel» (at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal prioriteres sterkere enn somatisk sektor)

Brukerutvalget håper det kommende året vil gi flere muligheter til ekte menneskemøter og fysisk kontakt, både internt i brukerutvalget og generelt i samarbeid med eksterne parter. Digitalt samarbeid fungerer bra, men enda bedre blir det når vi kan møtes fysisk.

9 Takk

Brukerutvalget takker for samarbeidet med fagpersoner, administrasjon og styret i Helgelandssykehuset i 2020.

I år har det vært spennende å følge utviklingen i Nye Helgelandssykehuset. Brukerutvalget takker for god orientering i prosessen og alle muligheter vi har fått for å gi innspill i tråd med brukernes ønsker og behov.

Vi vil takke enkeltpersoner og organisasjoner som melder saker til utvalget og deler av sine erfaringer med oss. Dere er viktige bidragsytere for oss for å kunne fremme saker som vil bidra til kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten. Brukerutvalget vil takke alle som har bidratt i løpet av året.

Med vennlig hilsen

Leder	Anne Lise Brygfjeld
Nestleder	Per Hansen
Medlem	Trine Mari Aavitsland
Medlem	Josefina Skerk
Medlem	Tove Linder Aspen
Medlem	Nils Rishaug
Medlem	Einar Moen

Saksbehandler: Knut Roar Johnsen, samhandlingssjef
Sekretariat: Tove Lill Røreng Falstad, rådgiver
Senter for Samhandling,

Mo i Rana, 11. februar 2021

Årsmelding 2020

Ungdomsrådet, Nordlandssykehuset HF

NORDLANDSSYKEHUSET
FOR FREMTIDEN

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO

1. Forord 3
2. Ungdomsrådets medlemmer i perioden 4
3. Ungdomsrådets arbeid 5
3.1 Saker til behandling 6
3.2 Foredragsvirksomhet 6
3.3 Deltagelse i utvalg, arbeidsgrupper, møter etc. 8
3.4 Medieoppslag/nordlandssykehuset.no 10
3.5 Høringssvar 11
4. Innspill Oppdragsdokument 2021 12
5. Samarbeid med Pasient- og brukerombudet Nordland 12
6. Ungdom i sykehus - Nettside for ungdom 13
7. Arbeid med overgangen fra barn til voksen 13
8. Reell brukermedvirkning – 10 tips fra Ungdomsrådet 14
9. Helgesamling Ungdomsrådet Bodø 16
9.1 Viktige saker for ungdomsrådet 17
10. Samarbeid med de andre Ungdomsrådene Helse Nord 18
11. Økonomi 19
12. Hilsen fra leder og nestleder 20
13. Vedlegg 24
13.1 Mandat for Ungdomsrådet 24
13.2 Program, møte Ungdomsrådene Helse Nord 28

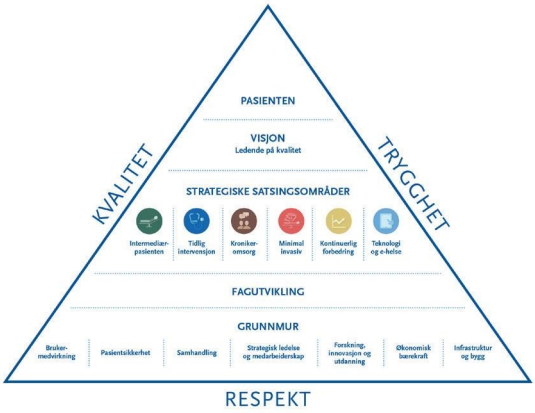
Ordforklaringer

AU - Brukerutvalgets arbeidsutvalg
BU - Brukerutvalg
HF - Helseforetak
HOD - Helse- og omsorgsdepartementet
KEK - Klinisk etisk komite
LMS - Lærings- og mestringssenteret
NLSH - Nordlandssykehuset Helseforetak
OSO - Overordnet samarbeidsorgan mellom sykehus og kommunene
PHR - Psykisk helse- og rusklinikken
RBU - Regionalt brukerutvalg
UR - Ungdomsråd

1. Forord

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) forutsatte at alle helseforetak skal ha egne ungdomsråd, noe som også ble fulgt opp i Helse Nord RHFs oppdragsdokument for 2016. I mandatet for Ungdomsrådet heter det at rådet skal være et foretaksovergripende organ og skal arbeide for ungdoms brukermedvirkning i alle klinikkene og stabene.

Ungdomsrådet skal gi konkrete råd om forbedring av tjenester til ungdom på Nordlandssykehuset, dele sin erfaringskunnskap som brukere til nytte for annen ungdom og fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus, på nasjonalt nivå og i samråd med andre ungdomsråd.



Ungdomsrådet har en viktig funksjon i Nordlandssykehuset. Blant annet gav Ungdomsrådet oss mange svært gode og viktige innspill til vårt arbeid med gode overganger, og de bidrar med sin erfaring og kunnskap som gir vår virksomhet økt legitimitet, relevans og troverdighet i møte med pasientene, og da særlig barn og ungdom.

Etter hvert er de ansatte godt kjent med at vi har et aktivt og engasjert ungdomsråd. En av Ungdomsrådets viktigste oppgaver er å være rådgivende organ og høringsinstans for sykehuset i arbeidet med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. Vi ser at våre ansatte tar kontakt med og involverer Ungdomsrådet for innspill, tilbakemeldinger og samarbeid.

Takk for bidragene dere har gitt oss i 2020 –
vi ser frem til fortsettelsen!

2. Ungdomsrådets medlemmer i perioden

Funksjon	Navn
Leder	Marie Dahlskjær
Nestleder	Lars Herman Nordland
Medlemmer	Viktoria Linea Høybakk
	Sarah Gjerstad
	Danielle Johanna Hansen
	Mathias Klæboe
	Bendik Laumann Vedal
	Susanne Regina Inga
	Trine-Lise Antonsen

Koordinator:
Sissel Eidhammer, Fagavdelingen

Kontaktpersoner i klinikkene:
Kirsti Jørgensen og Marianne Røbekk Sivertsen, Psykisk helse og rusklinikken
Tone Johnsen, Medisinsk klinikk
Monica Strand Gjeset, Barneklinikken

> *Vi må bli hørt og tatt med i alle beslutninger som angår oss, både som unge pasienter og for arbeidet vårt i Ungdomsrådet. Brukermedvirkning kan ikke handle om at man bare skal «huke av» for at det er gjort, det krever en reell endring.*
>
> *Ungdomsrådet Nordlandssykehuset*

3. Ungdomsrådets arbeid

Ungdomsrådet gjennomførte i 2020 i alt seks møter (26. februar, 28. april, 12. mai, 3. juni, 2. september, 26. november). I tillegg til møtene gjennomførte Ungdomsrådet en fysisk helgesamling i Bodø helgen 16. til 18 oktober, og et digitalt fellesmøte med de andre Ungdomsrådene i regionen 4. november. Ungdomsrådet fikk også til et sosialt arrangement i løpet av perioden, digital sommeravslutning 19. juni, med quiz og spill.

Møte i Ungdomsrådet, februar 2020

3.1 Saker til behandling

Ungdomsrådet behandlet 66 saker i 2020, blant annet:

- Kurs gjennom Lærings- og mestringssenteret (LMS)
- Arbeidsgruppe overganger barne- til voksenorienterte tjenester psykisk helse og rusklinikken
- Oppfølging gode overganger utarbeidelse av plakat/hefte
- Etablering av ungdomsrom på Nordlandssykehuset
- Ungdomsrådet på sosiale medier
- Erfaringer fra ungdom under Covid-19 -pandemien
- Tverrfaglig ungdomspoliklinikk revmatologisk avdeling
- Individuell jobbstøtte (ISP) og Koordinerende Enhet (KE)
- Endringsprosesser Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)
- Innspill til arbeidet med Helsefellesskap
- Profileringsutstyr Ungdomsrådet, hettegenser og handlenett
- Workshop med Samvalgs-senteret
- Innspill til Oppdragsdokument 2021
- Workshop: Hvordan kan Nordlandssykehuset bli ledende på brukermedvirkning?
- Prosjekt Erfaringsbase
- Ti råd til brukermedvirkning i prosjekter

3.2 Foredragsvirksomhet

Representanter fra Ungdomsrådet har delt sine erfaringer og bidratt med ungdomsperspektivet gjennom flere foredrag:

- **Hva er viktig for oss? Ungdom i møte med helsetjenesten.** Miniseminar avskjedsmarkering Lars Vorland - Helse Nord. Januar 2020. *Marie Dahlskjær*
- **Brukermedvirkning.** Undervisning 5. års-studenter, Leger i spesialisering. Februar 2020. *Marie Dahlskjær*

- **Brukermedvirkning.** Undervisning medisinstudenter. Februar 2020. *Danielle Johanna Hansen*
- **Kommunikasjon med ungdom,** Regional pasientsikkerhetskonferanse 2020 Tromsø. Februar 2020. *Marie Dahlskjær og Magnhild (UNN)*
- **Presentasjon av årsmelding styret ved Nordlandssykehuset**. Februar 2020. *Marie Dahlskjær*
- **Undervisning, Brukermedvirkning**. Leger i spesialisering. August 2020. *Danielle Johanna Hansen*
- **Innlegg utvidet ledergruppemøte om gode overganger**. Oktober 2020. *Lars Herman og Marie Dahlskjær*
- **Foredrag seminar Pasient- og brukerombudene nasjonalt**. November 2020. *Marie Dahlskjær*

Hovedfokus i foredragene har vært brukermedvirkning, kommunikasjon med ungdom, prinsipper for gode overganger og hva som er viktig for ungdom i møte med helsevesenet.

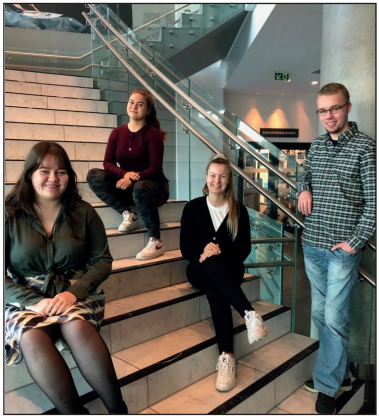
Tur på Moloen, under Ungdomsrådets samling oktober 2020.

3.3 Deltagelse i utvalg, arbeidsgrupper, møter etc.

Av personvernhensyn oppgis ikke navn på brukerrepresentanter som er oppnevnt til prosjektarbeid og forskning i denne årsmeldingen. Ta kontakt med koordinator av Ungdomsrådet ved spørsmål.

1. Brukerutvalget. Leder av Ungdomsrådet
2. Strategisk samarbeidsutvalg (Helsefelleskap).
3. Partnerskapsmøtet (Helsefellesskap).
4. Forbedringsprosjekt QI: Hindre tvang i forbindelse med blodprøve-taking.
5. Kvalitet i Institusjonsbehandling i Psykisk helsevern (KvIP).
6. Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper (KVAM) i Kirurgisk klinikk.
7. Bilder til forskningsrapport.
8. Pasient- og brukerombudet arbeidsgruppe.
9. Fellesmøte med Regionalt Brukerutvalg.
10. Arbeidsgruppe regional pasientsikkerhetskonferanse 2021.
11. Referansegruppe Arealplan Rønvik.
12. Innlegg på kurs via Lærings- og mestringssenteret.

Marie og Sofie gir innspill til Barneklinikken til utforming av deres ungdomsrom.



Fra venstre: Danielle, Trine-Lise, Marie og Lars Herman

13. Arbeidsgruppe utvikle lærings- og mestringskurs for ungdom med revmatisk sykdom.
14. Brukermedvirkning forprosjekt læring og mestring – interregional oppnevning.
15. Innspill til høring sendt til Bodø kommune, i samarbeid med Bruker-utvalget, om ny handlingsplan for kollektiv transport.
16. Innspill til høring veileder for gode overganger i helsevesenet for ungdom fra 12 - 25 år.
17. Arbeidsgruppe etablering av ungdomsrom.
18. Arbeidsgruppe brukermedvirkning (10 råd).
19. Utarbeide plakat/hefte for prinsippene for gode overganger.
20. Utsmykking av barneavdelingen.
21. Prosjekt om sykelig overvekt hos barn og unge.
22. Møte med lederne og koordinatorer av ungdomsrådene i Helse Nord.
23. Fagråd for pasient- og pårørendeopplæring Helse Nord.
24. Endringsprosesser BUPA: Pasientforløp og tilbud ved våre spesialiserte fagenheter og poliklinikker.
25. Arbeidsgruppe Psykisk helse og rusklinikken som skal lage rutine for overgangen fra barne- til voksenorienterte tjenester innenfor psykisk helse og rusklinikken.

Marie og Lars Herman viser frem de nye plakatene.

Hettegenser og handlenett med budskap «Husk å se hele meg.»

26. Forbedringsutdanningen QI-Nord: Barn som pårørende (søsken) til alvorlig-, og kronisk syke barn.
27. Ungdommens fylkesting, 31. oktober 2020, Digital deltakelse.
28. Etablere uavhengig diagnosespesifikt kurs med temaer som angår ungdom.
29. Hippo-prosjektet – et vennligere sykehus.

3.4 Medieoppslag/nordlandssykehuset.no

Ungdomsrådet har, i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen, delt saker som om sitt arbeid.

- **Ungdom gir tips til helsepersonell.** Presentasjon av plakater og prinsippene for gode overganger på mestring.no
- **Vil lære unge om rettigheter.** Oppslag sammen med Pasient- og brukerombudet Nordland, om nytt informasjonsmateriell rettet mot ungdom, *Avisa Nordland, 23. september 2020*
- **God tilgang til et hotell fremstår som viktigere enn god tilgang til sykehuset.** Innlegg om busstrase foran Nordlandssykehuset, *Avisa Nordland*
- **Overgangen må bli så smooth som mulig.** Ungdomsrådene i Helse Nord har utarbeidet sju prinsipper for hva som må til for å sikre en god overgang når man går fra å være ungdom til voksen og skal over til voksenavdelingene i sykehuset, på nordlandssykehusets nettside
- **Med ungdom i fokus.** Med nytt informasjonsmateriell skal det bli lettere for ungdom og deres nærmeste å bli hørt i helsevesenet. Sak om Ungdomsrådets samarbeid med - Pasient- og brukerombudet, på nordlandssykehusets hjemmeside

> *Husk å se **hele** meg.*
>
> *Ungdomsrådet Nordlandssykehuset*

- **Ingenting om oss, uten oss.** Vi må bli hørt og tatt med i alle beslutninger som angår oss, sier Ungdomsrådets leder Marie Dahlskjær, på nordlands-sykehusets hjemmeside
- Ungdomsrådet har delt bilder fra sitt arbeid på Instagram, og fått en egen knapp under «historier». Diverse Intragramposter

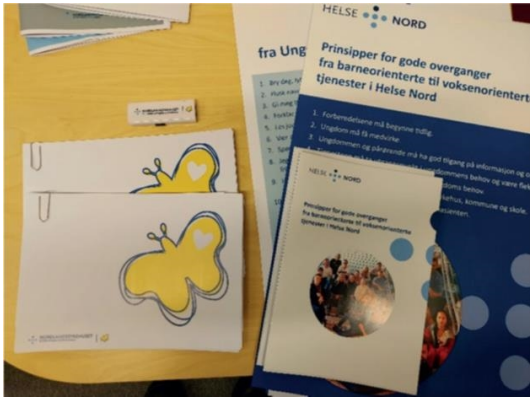
3.5 Høringssvar

Ungdomsrådet har i 2020 besvart følgende høringer:

- Forslag til handlingsplan for kollektiv transport 2020 – 2023, Bodø kommune
- Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud, Samarbeid, samordning og barnekoordinator.
- Høring veileder for gode overganger i helsevesenet for ungdom fra 12 - 25 år. Høringen ble besvart i samarbeid med ungdomsrådene i Helse Nord.

Slakter prioriteringer:

– God tilgang til et hotell framstår som viktigere enn god tilgang til sykehuset



Artikkel publisert i Avisa Nordland i etterkant av innsendt høringssvar.

4. Innspill Oppdragsdokument 2021

Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i året som kommer, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene. Ungdomsrådet spilte inn tre forslag, til Regionalt brukerutvalg (RBU). Forslagene lød:

1. Gjennomgå erfaringene med erfaringskonsulenter på sykehuset og vurder om det er mulig å gjennomføre innenfor somatiske tjenester.
2. Legge til rette for ettermiddagspoliklinikk en dag i uken innenfor tre områder: fysikalsk medisin, psykisk helse og rus og revmatologi.
3. Utvikle diagnoseuavhengig kurs hos Lærings- og mestringssenteret tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene.

5. Samarbeid med Pasient- og brukerombudet Nordland

Ungdomsrådet ble kontaktet av Pasient- og brukerombudet som ønsket innspill til hvordan de kan nå ut til ungdom. Bakgrunnen for prosjektet er at Pasient- og brukerombudet i liten grad mottar klagesaker fra unge. Pasient- og brukerombudet inviterte fire av Ungdomsrådets medlemmer til å delta i en arbeidsgruppe hvor temaet var å rette informasjon mot ungdom. Resultatet er brosjyrer og materiell rettet mot ungdom. I tillegg skal pasient- og brukerombudet jobbe videre for å bli bedre på sosiale medier rettet mot ungdom.

Plakat Pasient- og brukerombudet, etter innspill fra Ungdomsrådet

Ungdom og helsevesenet

Vil lære unge om rettigheter

Oppslag i Avisa Nordland om samarbeidet mellom pasient- og brukerombudet og Ungdomsrådet

6. Ungdom i sykehus - Nettside for ungdom

Ungdomsrådet har formulert teksten til den nyopprettede siden *Ungdom i sykehus* på nordlandssykehuset.no. Siden inneholder informasjon til ungdom om hva de bør tenke på før, under og etter behandling, og inneholder informasjon om tilbud og tjenester ved Nordlandssykehuset som er relevant for ungdom. I tillegg inneholder siden en bolk om hvilke rettigheter ungdom har. I 2021 skal siden videreutvikles med bilder, video og tekst.

7. Arbeid med overgangen fra barn til voksen

Siden Ungdomsrådet ble opprettet har overgangen fra barn til voksen vært deres kjernesak. I løpet av 2020 har Ungdomsrådet fulgt arbeidet som har blitt gjort på revmatologisk avdeling, deltatt i prosjektgruppe innenfor Psykisk helse- og rusklinikken, og skrevet innlegg og holdt foredrag om dette temaet for ledergruppen på sykehuset. Prinsippene for gode overganger, som ble utarbeidet av Ungdomsrådene i Helse Nord, har nå blitt laget som en plakat og et hefte som distribueres til sykehusets enheter og avdelinger.

Hefte.

Plakat

8. Reell brukermedvirkning – 10 tips fra Ungdomsrådet

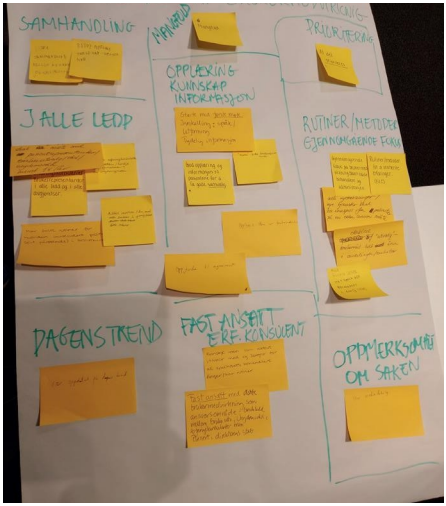
I løpet av 2020 har Ungdomsrådet jobbet med hva som sikrer god involvering av ungdom i ulike prosjekter. Etter arbeid i grupper og på vår helgesamling i oktober laget Ungdomsrådet en liste med 10 tips til hva som må til for å sikre god medvirkning av ungdom. Dette er et arbeid som vil bli fulgt opp videre i 2021 gjennom foredrag i aktuelle fora.

10 tips fra Ungdomsrådet

1. Anerkjenn vår kompetanse og ta oss på alvor
2. Involver oss tidlig, allerede i planleggingen av prosjektet
3. Vi skal alltid være minst to brukerrepresentanter
4. Vår rolle må være tydelig definert
5. Vi må få god informasjon og opplæring, gjerne formøter
6. Vi må være godt involvert og trenger å ha en kontaktperson
7. Vår mening må bety noe – vi må få innflytelse på beslutningene
8. Ta hensyn til våre individuelle behov og respekter tiden vår
9. Kutt ut sykehusspråket – og unngå forkortelser
10. Vi må få informasjon om prosjektet jevnlig, også etter at prosjektet er fullført

På helgesamlingen i oktober ble Ungdomsrådet utfordret til å besvare spørsmålet om hva som må til for at Nordlandssykehuset skal bli ledende på brukermedvirkning. Nedenfor er innspillene som kom frem i bolken:

- Erfaringskonsulenter og brukermedvirkere i alle ledd, og involvering i alle avgjørelser
- God opplæring og informasjon til pasientene for å ta gode samvalg
- Et gjennomsyrende fokus på brukermedvirkning blant ansatte og administrasjon
- Være oppdatert på dagens trend/hvor møter man ungdom/sosiale medier
- Oppfordre til engasjement hos brukermedvirkere
- Ansette erfaringskonsulenter i somatikken, og ikke bare veldig voksne.
- Alltid involver og ha med rette brukermedvirker i prosjekter/gode rutiner for involvering av brukerrepresentant
- Mangfold innen brukerråd
- Involvere flere enn bare Ungdomsrådet til å være gode brukermedvirkere
- Starte med innkalling: Tydelig og god informasjon



Tonje Elisabeth Hansen, fagsjef Nordlandssykehuset, ledet bolken om brukermedvirkning.

- Alle klinikkledergruppene har møte med pasientrepresentanter/bruker-utvalg en gang i året/en gang i måneden
- Alle nyetableringer/tjenester skal ha innspill fra pasienter på en eller annen måte
- Etablere brukerutvalg/brukerråd innad i enheter
- Gode rutiner/metoder å innhente innspill fra hver enkelt pasient for å kunne måle om man blir bedre
- Å komme tidlig inn som brukerrepresentant

9. Helgesamling Ungdomsrådet Bodø

Helgen 17. og 18. oktober gjennomførte Ungdomsrådet helgesamling. Her fikk medlemmene snakket om og delt erfaringer om hva som er aller viktigst for ungdom i sykehus og hva som må til for å sikre god medvirkning av ungdom. Blant andre tema var samvalg, erfaringskonsulenter, orientering fra kontaktpersonene, og arbeid med brukermedvirkning. Møtet var også et lyttemøte for ledelsen.

Ungdomsrådet på helgesamling, oktober 2020.

Beate Sørslett, medisinsk direktør, møter Ungdomsrådet på helgesamling.

9.1 Viktige saker for ungdomsrådet

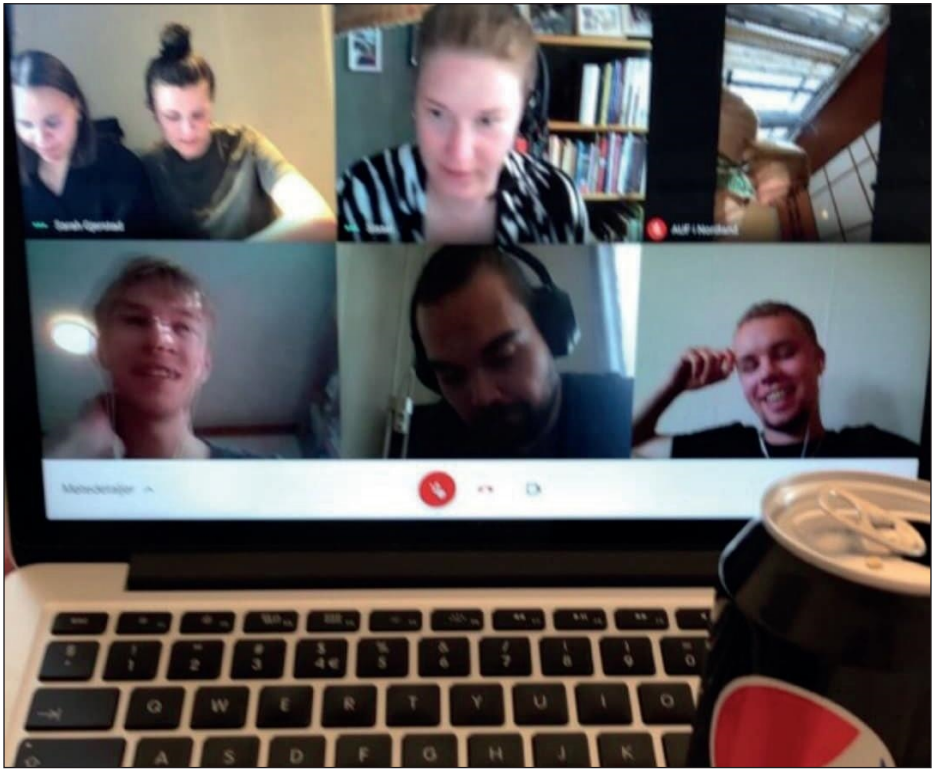
Ungdomsrådet tok opp følgende saker i bolken med medisinsk direktør, saker som Ungdomsrådet vil jobbe med, fremover.

1. Arbeidet med gode overganger: Her ønsker Ungdomsrådet at Barnehabilitering blir neste område som jobbes med.
2. Barne- og ungdomsklinikk: Ungdomsrådet ønsker fortsatt at dette skal opprettes.
3. Ungdomsrom: Ungdomsrådet ønsker at det opprettes et ungdomsrom på Nordlandssykehuset.
4. Nettside rettet mot ungdom: Pågående samarbeid mellom Ungdomsrådet og kommunikasjonsavdelingen.
5. Gjennomgå erfaringene med Erfaringskonsulenter på sykehuset og vurdere om det er mulig å få på plass erfaringskonsulenter innenfor somatiske tjenester.
6. Legge til rette for ettermiddagspoliklinikk en ettermiddag i uken, innenfor treområder: fysikalsk medisin, psykisk helse og rus og revma.
7. Utvikle et diagnoseuavhengig kurs tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer hos Lærings- og mestringssenteret.
8. Henvisning psykolog helsesykepleier: Det bør ikke vært slik at man trenger henvisning fra lege eller barnevern for å kunne kreve inntekt, innenfor BUPA.
9. Tilbudet for samisk ungdom: Hva er status på sykehuset?
10. Videokonsultasjoner: Viktig at det nå er på plass, men det kan ikke være økonomiske hensyn som avgjør.

> *Det er forskjell på å bli fortalt at du skal over til voksenavdeling, og det å bli forberedt på at du skal over til voksenavdeling.*
>
> *Ungdomsrådet Nordlandssykehuset*

10. Samarbeid med de andre Ungdomsrådene Helse Nord

Den 4. november gjennomførte ungdomsrådene et fellesmøte digitalt. Møtet ble planlagt av lederne av de ulike ungdomsrådene, i samarbeid med ungdomsrådenes koordinatorer. På dagsorden stod: Oppdatering fra de ulike ungdomsrådene, samt hvordan det er å drive ungdomsråd under Covid-19. Temaet for møtet var brukermedvirkning, og vi fikk innlegg fra Turid Turun, Erfaringskonsulent Sámi klinihkka, Siri Engstad, Erfaringskonsulent på UNN og Beate Sørslett, Medisinsk direktør Nordlandssykehuset.



Vi møtes digitalt!

11. Økonomi

Regnskap	2019	2020
Lønnskostnader	92 356,-	126 134,-
Tjenestereiser og kurs	257 475,-	58 457,-
Andre driftskostnader	13 765,-	18 412,-
Sum	**363 596,-**	**203 005,-**

Magnhild (Ungdomsrådet UNN), Marie (Ungdomsrådet Nordlandssykehuset), i samtale med Kaveh Rashidi om kommunikasjon med ungdom på Pasientsikkerhetskonferansen i Tromsø, 2020.

12. Hilsen fra leder og nestleder

Året 2020, ja det store spørsmålet er egentlig hvor og hva skal vi starte med? Det har vært et ganske spesielt og annerledes år for oss alle, det skal være sikkert. Men det har også vært et veldig innholdsrikt, aktivt, spennende og lærerikt år for oss i Ungdomsrådet.

Det året hvor alt ble snudd opp ned på, året hvor vi alle måtte tenke annerledes og litt utenfor boksen, og vi måtte lære oss nye metoder og måter å jobbe best mulig på, for å få ut det viktige budskapet vårt fra ungdommens perspektiv. Digitaliserte møter og den nye boblen med hjemmekontor og lite sosialisering med andre, fikk vi alle kjenne skikkelig på, og helt ærlig, til tider kunne det være litt mer krevende, både det å gjennomføre digitale møter, være alt for mye hjemme, og det å ha det slik, både på grunn av tekniske problemer, som mangel på lyd, og at det ikke ble like gode og store diskusjoner, som det ellers pleide å være når vi møttes fysisk. Men de fleste tok dette på strak arm, og det tok ikke lang tid før vi alle ble vant til å ha det slik. Det var og ble den nye normale hverdagen.

Mye av aktiviteten vi har pleid å gjøre, som foredrag og opplæring av helsepersonell, har vi måtte gjennomføre på nye og alternative måter. Men vi alle har gjort vårt aller beste, og vi mener at vi faktisk har kommet oss fint igjennom den nye hverdagen, og har fått til mye bra. På tross av Covid-19 pandemi situasjonen som var og fortsatt dessverre er, mener vi begge at vi Ungdomsrådet har tatt den nye hverdagen med digitale møter og oppgaver på strak arm, og det viktige arbeidet vi gjør har vi klart å fått til å fortsette med, bare på litt nye måter.

Deler av Ungdomsrådet, med god avstand til hverandre.

Som leder og nestleder er vi begge veldig fornøyde og stolte over hele Ungdomsrådet vårt sitt arbeid som er gjort, og den gode innsatsen som er lagt bak året 2020. For når vi tenker oss om, og ser over alt det som står i årsmeldingen, så er det faktisk ganske mye vi har fått gjort og gjennomført, selv om ting har vært litt annerledes, og til tider har vært litt mer krevende enn det var året før.

Vi er ekstra glade og var ganske heldige som fikk gjennomført både et fysisk møte i februar før pandemien slo til i Norge, flere digitale møter med gode, viktige og innholdsrike saker har vi hatt, og ekstra fornøyde er vi med at vi faktisk fikk hatt en fin, svært nyttig, og arbeidsom fysisk helgesamling i oktober, hvor vi fikk møttes igjen, og fikk jobbet med mange nye og gode saker, og hadde flere gode, etterlengtede og viktige diskusjoner rundt bordet. Tusen takk for at vi fikk lov til det. Denne helgesamlingen var selvfølgelig med både alle tiltakene som vi måtte forholde oss til, med god avstand og antibakk tilgjengelig hele tiden, og null klemmer. Noe vi alle synes var kjipt, da vi er vant til å starte med å gjøre det vær gang vi møtes. Vi alle gleder oss ekstra mye til vi alle kan klemme hverandre igjen, for det skal bli utrulig godt. På helgesamlingen diskuterte vi blant annet hva som er aller viktigst for ungdom i sykehus, og hva som må til for å sikre god medvirkning av ungdom, og vi diskuterte tema som samvalg, erfaringskonsulenter og ulike saker fra klinikkene. Vi fikk utviklet ti råd for hvordan sikre god brukermedvirkning, noe som vi kommer til å jobbe mye med fremover.

Vi har også fortsatt med å ha deltatt i mange ulike og spennende prosjekter, holdt foredrag for studenter, helsepersonell og ledergruppen, både fysisk med god avstand, smitteverntiltak og med mindre grupper, og selvfølgelig digitalt med mange fler, samt gitt våre innspill til ledelsen ved sykehuset. Alt har funket bra spør du oss.

Siden ungdomsrådet ble opprettet i 2017 har vi jobbet mye med å sikre gode overganger fra barne- til voksenorienterte tjenester. Her er vi veldig fornøyde med arbeidet som har blitt gjort innenfor revmatologisk avdeling, og som i løpet av 2020 har blitt gjort innenfor psykisk helse- og rusklinikken. På helgesamlingen ble det også bestemt at det neste området vi ønsket skulle jobbes med i forhold til overgangen fra barn til voksenavdelingen, var habilitering.

Vi har nå utarbeidet plakat og et hefte med våre prinsipper som kan brukes i dette arbeidet. Vi kommer til å fortsette å jobbe for at dette prioriteres og at gode overganger implementeres overalt i sykehuset vårt, på alle avdelinger. Ekstra kult er det at prinsippene vi utarbeidet med ungdomsrådene i Helse Nord også ble delt på siden mestring.no

Vi i Ungdomsrådet vil takke absolutt alle vi har fått jobbet sammen med i året som har gått. Vi setter stor pris på at vi har og fortsatt får mange oppdrag, og i enda større grad har blitt spurt om råd, innspill, blitt bedt om å sitte i relevante utvalg og at vi får lov til å bruke våre erfaringer for å gjøre sykehuset enda bedre for ungdom.

Vi må også trekke frem at vi i tillegg var utrolig heldige med vår nye koordinator Sissel Eidhammer, som ble ansatt i begynnelse av januar 2020, for hun er rett og slett bare helt fantastisk, og veldig god å ha på laget. Vi ønsker og si tusen takk for den kjempe gode jobben hun har gjort hittil og gjør for oss, hun stiller opp hele tiden, når vi lurer på noe, og er der når vi trenger det. Hun er virkelig en god ressursperson for Ungdomsrådet vårt, slik våre forrige koordinatorer også har vært. Heldige er vi også som har flere gode, hyggelige og flotte kontaktpersoner, som stiller opp og hjelper til under møtene våre. De er også gode å ha. Vi har vært veldig heldige med dem alle sammen, og vi er takknemlige for det. Det gjør at vi i Ungdomsrådet får jobbet best mulig og målrettet, med de aller viktigste sakene som omhandler ungdom i helsevesenet.

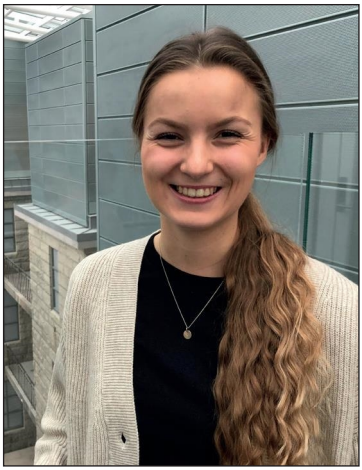
> *Brukerutvalget har hatt et godt samarbeid med Ungdomsrådet, og jeg ser frem til det videre samarbeidet med våre dyktige ungdommer.*
>
> Paul Daljord, leder Brukerutvalget Nordlandssykehuset

I 2021 ser vi frem til et aktivt år, med videre og flere nye, gode og viktige samarbeid, vi ser også frem til å stå på for å bli enda mer brukt rundt omkring på hele sykehuset. Vi skal også fortsette å ha fullt fokus på å sikre gode overganger, samt ha fokus på nye viktige saker, holde foredrag og lære opp helsepersonell enda bedre i hvordan man skal nå og ivareta ungdomsgruppen best mulig, slik at opplevelsen i møte med helsetjenestene/helsevesenet blir best og tryggest mulig for dem.

Vi gleder oss til et nytt, innholdsrikt og spennende år med masse aktivitet!

Med vennlig hilsen

Marie Dahlskjær og Lars Herman Nordland



Marie Dahlskjær, leder

Lars Herman Nordland, nestleder

13. Vedlegg

13.1 Mandat for Ungdomsrådet

1.1 Ungdomsrådet ved NLSH HF

1.2 Hjemmel

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) forutsetter at alle helseforetak skal ha egne ungdomsråd. Oppdragsdokumentet for 2016 fra Helse Nord RHF gav foretakene i oppgave å opprette ungdomsråd.

Mandat er utarbeidet på bakgrunn av innhentet dokumentasjon og erfaringer fra ungdomsråd ved andre HF. Mandatet er diskutert i brukerutvalget 21/3 og på direktørens utvidede ledermøte 4/4-17.

Mandat for opprettelse av Ungdomsråd ble vedtatt av styret i Nordlandssykehuset 25.04.17 (sak 034-2017).

1.3 Mandat/ Formål:

Ungdomsrådet er et foretaksovergripende organ og skal arbeide for ungdoms brukermedvirkning i alle Nordlandssykehusets klinikker. Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom på Nordlandssykehuset.

Ungdomsrådets oppgaver bygger på prinsippet om at pasientens behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, at systematisk innhenting av brukerkunnskap skal brukes i forbedringsarbeid, at ungdom som pasientgruppe har særskilte behov og at ungdom har rett til å bli hørt.

Ungdomsrådet skal være et rådgivende organ og en høringsinstans for sykehuset i arbeidet med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom.

Ungdomsrådet skal:

- fremme brukerperspektivet som ungdom i Nordlandssykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseutfordringer og de utfordringene denne gruppen har.
- gi konkrete råd om forbedring av tjenester til ungdom på Nordlandssykehuset.
- dele sin erfaringskunnskap som brukere til nytte for annen ungdom.

- fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus, på nasjonalt nivå, i samråd med andre ungdomsråd.

Sammensetning

Ungdomsrådet skal bestå av 9-11 ungdommer i alderen 12-25 år. Det er et mål å sikre en bred representasjon (kjønn, alder, diagnosegrupper, geografi, etnisk bakgrunn mv.). Ungdomsrådet bør ha representanter fra hhv. somatikk, habilitering, rus og psykiatri. Det er et ønske at minst en representant har samisk bakgrunn.

Ungdommene bør ha personlige erfaringer fra møte med Nordlandssykehuset og være villige til å dele sine erfaringer.

Medlemmene kan med fordel ha erfaring fra ulikt organisasjonsarbeid, men det er ikke et krav om organisasjonstilknytning.

1.5 Konstituering

Ungdomsrådets medlemmer sitter i 2 år, med mulighet for re-oppnevning i 2 år. Det er ønskelig at ikke hele rådet skiftes ut samtidig.

Det inngås en skriftlig avtale med rådsmedlemmene. Rådsmedlemmer under 16 år må ha samtykke fra foresatt til å sitte i rådet.

Rådet oppnevnes av styret i Nordlandssykehuset. Direktør gis anledning til å oppnevne 2-4 rådsmedlemmer utenom styrets behandling. Ungdomsrådet for perioden 2017-2019 ble oppnevnt i styret 15.05.17 (sak 041-2017)

Ungdomsrådet har sitt første møte 19.juni 2017.

1.6 Organisering

1. Ungdomsrådets arbeid og prioriteringer skal eies av rådet selv. Koordinator skal legge til rette for rådets arbeid.
2. Koordinator for Ungdomsrådet har følgende oppgaver:
3. Bistå Ungdomsrådets leder/ nestleder, blant annet gjennom faste samarbeidsmøter
4. Være kontaktperson for interne og eksterne henvendelser
5. Utarbeide årsplan, innkalling til møter, saksliste og forberedelse av saker, skrive referat

6. Ha ansvar for rekruttering av nye rådsmedlemmer
7. Planlegge program og avvikling av helgesamlinger. Delta som ansvarlig leder
8. Sørge for egnet metodikk tilpasset aldersgruppen
9. Rapportere Ungdomsrådets virksomhet
10. Bistå Ungdomsrådet ved ulike representasjons- og kommunikasjonsoppgaver

Koordinator sitter i direktørens stab. I tillegg oppnevnes fem kontaktpersoner i klinikkene. Kontaktpersonene bistår med rekruttering til ungdomsrådet og to av dem deltar på helgesamlingene.

- Psykisk helse og rus (1 i BUPA og 1 i psykisk helsevern for voksne)
- Kvinne/barn klinikken
- Hode- og bevegelsesklinikken
- Medisinsk klinikk

Sakslister og referat/protokoll sendes rutinemessig mellom Brukerutvalget og ungdomsrådet.

Leder av ungdomsrådet har fast plass i Brukerutvalget med forslags-, tale- og stemmerett.

Deltagelse og godtgjøring

- Ungdomsrådet har 5 kveldsmøter og 1-2 helgesamlinger pr år.
- Rådsmedlemmer kan inviteres til frivillig deltakelse på andre interne og eksterne oppdrag.
- Leder og nestleder møter på formøter med koordinator (arbeidsutvalg).
- Godtgjøring for møter og reisekostnader følger egne retningslinjer.
- Ved eksterne oppdrag skal oppdragsgiver dekke reise og eventuell godtgjøring.

1.7 Kontaktinformasjon

- Koordinator: Sissel Eidhammer, Sissel.Eidhammer@nordlandssykehuset.no, telefon 924 89 015

- Leder: Marie Dahlskjær, marie-15@hotmail.com, telefon 404 79 290
- Nestleder: Lars-Herman Nordland, larsnord98@hotmail.com, telefon 905 89 763
- Kontaktpersoner i klinikkene: Kontakt koordinator for oppdatert informasjon.

1.8 Relevante linker

- DS5389 Brukermedvirkning NLSH
- Regjeringens strategi for ungdomshelse (2016-2021)
- Unge funksjonshemmede og AHUS. Ungdomsråd i helseforetak hvorfor og hvordan (2015)

Ungdomsrådets viktigste budskap: husk å se hele meg.

13.2 Program, møte Ungdomsrådene Helse Nord

Program møte Ungdomsrådene Helse Nord

Dato: 4. november, tidspunkt 18:00 til 20:00, Skype
For: Medlemmer av Ungdomsråd Helse Nord

17:45 *Test av utstyr - innlogging*

18:00 *Velkommen*, bolk ledet av Marie Dahlskjær, Ungdomsrådet Nordlandssykehuset

- Oppdatering fra alle Ungdomsråd, v/ledere av Ungdomsrådene
- Ungdomsarbeidet under Corona

18:30 Tema: **Brukermedvirkning**, bolk ledet av Miriam Thi Berglen, Leder av Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset

- *Hvordan jobber vi med brukermedvirkning i Sámi Klinihkka* ? v/ Turid Turunen, Erfaringskonsulent Sámi Klinihkka
- *Brukermedvirkning på avdelingsnivå* v/ Siri Engstad, Erfaringskonsulent UNN

19:00 Pause

19:15 *Hvorfor er brukermedvirkning viktig for ledelsen i Helseforetak*? v/ Beate Sørslett, Medisinsk direktør Nordlandssykehuset

19:30 *Hva skal vi **jobbe** med fremover*, bolk ledet av Mathias Halvorsen, leder av Ungdomsrådet UNN

- Hva ønsker vi å jobbe med fremover?
- Hva er viktig for ungdom på sykehus?
- Tema for helgesamling?
- Forslag til dato for helgesamling for 2021:
  1) 28. til 30. mai, 2021 eller
  2) 4. til 6. juni, 2021

20:00 Takk for nå!

Nordlandssykehuset HF
Salten - Lofoten - Vesterålen

postmottak@nlsh.no
nordlandssykehuset.no

Kommunikasjonsavdelingen | NLSH 3616

Møtedato: 11. mars 2021

Arkivnr.:	Saksbeh/tlf:	Sted/Dato:
2019/999-19	diverse	Bodø, 04. mars 2021

RBU-sak 28-2021 Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *muntlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *muntlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *muntlig*
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, 04. mars 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

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

Møtedato: 11. mars 2020

Arkivnr.:	Saksbeh/tlf:	Sted/Dato:
2020/999-19	Tina Eitran, 915 79 783	Bodø, 04. mars 2021

Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **24. mars 2021 pr. Teams**:

STYRESAK	**ansv.**
Læring og mestring i helse- og omsorgstjenestene – rapport om forprosjekt	GT
Oppfølging av Internrevisjonsrapport 09/2017: Antibiotikabruk i Helse Nord, oppfølging av sak 44-2018, 166-2018/3 og 81-2019	GT
Virksomhetsrapport nr. 2	HiR/EAH
Kontroll og konstitusjonskomite	HIR
Pakkeforløp for kreft - oppsummert gjennomgang av pasientforløp som ikke er gjennomført innenfor standard forløpstid, oppfølging av styresak 36-2020	GT
Pakkeforløp for kreft - uønsket variasjon og forventet variasjon, oppfølging fra styremøte 25MARI2020 (under behandling av styresak 36-2020)	GT
Pilotprosjekt for personellbytte ved møtekjøring i aksen Alta-Hammerfest - evalueringsrapport, oppfølging av styresak 23-2020	GT
Forbedringsarbeid med kvalitetsutfordringene for store og/eller alvorlige pasientløp i foretaksgruppen, oppfølging av styresak 44-2020	TKN
Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF, tertialrapportering	HiR
Byggeprosjekter i Finnmarkssykehuset HF, tertialrapportering	HiR
Byggeprosjekter i Helgelandssykehuset HF, tertialrapportering	HiR
Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, tertialrapportering	HiR
Anskaffelser av private helsetjenester i Helse Nord RHF	HIR/FEI
Årlig melding 2020	TKN
Internrevisjonsrapport 06/2019: Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser i Helse Nord - oppfølging av styresak 106-2019	TKN/EIH
Anskaffelse rehabilitering, orientering om resultatet	GT/RS HiR/FE
Oppfølging av internrevisjonsrapport 11/20, Behandling av personvernopplysninger i Helse Nord, oppsummering – oppfølging av styresak 136-2020	JB/IMA
Handlingsplan for intensivmedisin, oppfølging av styresak 154-2020	GT

Godkjenning av årsregnskap og styrets beretning 2020 - herunder disponering av resultat	HiR
Rammeverk klima og miljø	HIR/LAM
Helgelandssykehuset – eksterne henvendelser	HIR/AELR
Spørretimespørsmål	AMK

a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 12. mars 2021.
b) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ…
c) Saker som er merket i grått, sees i sammenheng og fremmes som én styresak.

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **28. april 2021 i Tromsø eller Bodø med mulighet for oppkobling pr. Teams**:

STYRESAK	ansv.
Oppfølging av Internrevisjonsrapport nr. 01/2020: Helse Nord RHFs oppfølging av avtaler om kjøp av helsetjenester - oppfølgingsrevisjon, oppfølging av styresak 24-2020	HiR
Nye Kirkenes sykehus – endelig evalueringsrapport	HiR/LAM
Fagråd for infeksjon, smittevern og mikrobiologi - årlig rapport, herunder status for regionen - oppfølging av styresak 14-2017	GT
Nye sykehusbygg - erfaringer fra beredskapssituasjonen knyttet til koronapandemi, oppfølging av styresak 62-2020, sak A og sak C O-sak	HiR
Styrearbeid i helseforetak, veileder for Helse Nord - oppdatering	HIR/TKN/AER
Pasientreiser HF - strategi	HIR
Slagbehandling i Helse Nord (trombektomi), organisering	GT/RS
Ledelsens gjennomgang av virksomheter 2019 - forslag til forbedring av styringssystemet, oppfølging av styresak 21-2020	TKN
ForBedring 2021 Helse Nord - informasjon om resultater og ev. funn	HiR
Tilstandsgrad bygg - rapport	HIR
Nasjonal strategi for BIM (Bygningsinformasjonsmodellering/Digitale modeller av bygg)	HIR
Kvalitetsstrategi for Helse Nord 2021-2025	TKN/EH
Forsknings- og innovasjonsstrategi for Helse Nord 2021-2025, oppfølging av styresak 131-2020	TKN
FRESK (Fremtidens systemer i klinikken) - tertialrapportering	HiR
Felleseide helseforetak – status pr. 1. tertial	HiR

a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 16. april 2021.
b) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ…

Møtedato: 11. mars 2021
Arkivnr.:
2020/999-xx

Saksbeh/tlf:
Div saksbehandlere, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 04. mars 2021

RBU-sak 15-2021 Eventuelt