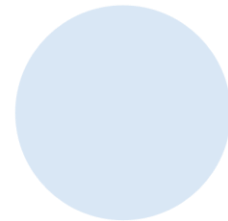


Møte

Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF



Innkalling med saksdokumenter



Dato: 22. mai 2022

Kl.: 08.00 til ca. 14.00

Sted: Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Regional brukerutvalg i Helse Nord RHF
- medlemmer og varamedlemmer

Marit Lind
Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen/Tina Eitran

Dato:
10.5.2023

Møte i Regionalt brukerutvalg, den 22. mai 2023 – innkalling

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

**mandag, den 22. mai 2023– fra kl. 08:30
i Helse Nord RHFs lokaler i Bodø.**

Vedlagt følger saksdokumenter til dette møtet.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, rådgiver Tina Eitran på tlf. 915 79 783 eller pr. e-post til tina.eitran@helse-nord.no.

Vennlig hilsen

Cecilie Henriksen og Tina Eitran
Helse Nord RHF

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

Møtedato: 22. mai 2023

Vår ref.:
2023/94-28Saksbehandler:
Cecilie Henriksen/Tina EitranDato:
11.5.2023**RBU-sak 37-2023****Godkjenning av innkalling og saksliste**

I samråd med lederen i det Regionale brukerutvalget inviteres RBU i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet, den 22. mai 2023:

Sak 37-2023	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
Sak 38-2023	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 17. april 2023	3
Sak 39-2023	Tiltak for å sikre et bærekraftig Helse Nord –kommunal involvering, mandat og fremdrift - <i>ettersendes</i>	
Sak 40-2023	Høring NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus (sykehusutvalget)	13
Sak 41-2023	Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025 – status	19
Sak 42-2023	Interregionalt arbeid med sjeldenfeltet	99
Sak 43-2023	Regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging – oppnevning av ungdomsrepresentant	110
Sak 44-2023	Regional pasientsikkerhetskonferanse – oppnevning av brukerrepresentant	114
Sak 45-2023	Evalueringsrapport av tilbud til pasienter med hjerteinfarkt i Helse Nord - oppnevning av brukerrepresentant	119
Sak 46-2023	Orienteringssaker	121
	1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i>	
	2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i>	
	3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i>	
	4. Økonomisk langtidsplan 2024-2027, inkludert rullering av investeringsplan	122
	5. Oppdragsdokument - forbedring av prosess og dokument	123
	6. Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021, inkl. miljørapport	129
	7. Varselutvalgets rapport - <i>Fra varsel til læring og forbedring – muntlig</i>	202
	8. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker	203

	9. Bekymringsmelding fra PEF Nordland vedrørende hudlegetilbudet i Nordland – tilbakemelding fra Helse Nord RHF	205
	10. Henvendelse fra brukerutvalget UNN HF - henvendelse fra brukerutvalget UNN HF – redegjørelse for konsekvenser ved bortfall av fritt behandlingsvalg for pasienter innenfor rehabiliteringsfeltet	208
Sak 47-2023	Referatsaker	212
	1. Årsmelding 2022 - Ungdomsrådet UNN HF	
	2. Årsmelding 2022 - Pasient- og brukerombudet	
	3. Brukerutvalget UNN HF – referat 1. mars 2023	
	4. Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF – referat 19. april 2023	
	5. Brukerutvalget Helgelandssykehuset HF – protokoll 15. februar 2023	
	6. Brukerutvalget UNN HF – referat 1. mars 2023	
	7. Brukerutvalget Pasientreiser HF – referat 20. april 2023	
	8. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 8.5.2023 – protokoll	
Sak 48-2023	Eventuelt	308

Forslag til vedtak

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

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen/Tina Eitran

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 38-2023

Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 17. april 2023

Forslag til vedtak

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

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget, den 17. april 2023 godkjennes.

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Vedlagt oversendes protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, den 17. april 2023 til godkjenning.

Protokoll

Vår ref.:
2023/94-27

Referent.:
Cecilie Henriksen

Dato:
17.4.2023

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	17. april 2023
Møtested:	Digitalt via Teams
Neste møte:	22. mai 2023

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Ernly Eriksen	medlem	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Sametinget
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Morten Markussen	medlem	Kreftforeningen
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Åse Senning	medlem	FFO
Berit Andersdatter Bongo	møtende vara	Pensjonistforbundet
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Cecilie Henriksen	rådgiver	Helse Nord RHF
Halvor Hygen	spesialrådgiver – <i>deltok under behandling av sak 29-2023</i>	Helse Nord RHF
Anita Mentzoni-Einarsen	HR-direktør - <i>deltok under behandling av sak 29-2023 og 32-2023</i>	Helse Nord RHF
Tarald Sæstad	prosjektleder – <i>deltok under behandling av sak 30-2023</i>	Helse Nord RHF
Jann-Hårek Lillevoll	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 31-2023</i>	Helse Nord RHF
Siw Skår	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 31-2023</i>	
Haakon Eichler	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 32-2023</i>	Helse Nord RHF
Fredrik Sund	spesialrådgiver – <i>deltok under behandling av sak 34-2023/4</i>	Helse Nord RHF
Erik Arne Hansen	økonomidirektør – <i>deltok under behandling av sak 34-2023/5</i>	Helse Nord RHF

Postadresse
Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 Bodø

Besøksadresse
Helse Nord RHF
Moloveien 16
8003 Bodø

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

Org nr: MVA 883 658 752

Hanne Risa	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 34-2023/7</i>	Helse Nord RHF
Mette Elisabeth Eriksen	pasient- og brukerombud – <i>deltok under behandling av sak 34-2023/9</i>	Pasient- og brukerombudet
Eli Johanne Åsgård	seniorrådgiver - <i>deltok under behandling av sak 34-2023/9</i>	Pasient- og brukerombudet
Henrik Ånes Skaret	samhandlingsrådgiver – <i>deltok under behandling av sak 34-2023/10</i>	Helgelandssykehuset HF
Marit Nordmo	seksjonsleder - <i>deltok under behandling av sak 34-2023/10</i>	UNN HF
Elin Gullhav	klunikksjef – <i>deltok under behandling av sak 34-2023/10</i>	UNN HF
Shalini Manoharan Johansen	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 34-2023/10</i>	UNN HF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Leif Birger Mækinen	møtende vara	FFO
Marit Lind	konst. administrerende direktør	Helse Nord RHF
Runar Finvåg	pasient- og brukerombud – <i>invitert til sak 34-2023/9</i>	Pasient- og brukerombudet

RBU-sak 27-2023

Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 27-2023	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 28-2023	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 15. mars 2023 og ekstraordinært møte 21. mars 2023
Sak 29-2023	Helsepersonellkommissjonen – høringsvar NOU 2023: 4 Tid for handling
Sak 30-2023	Sikkerhetspsykiatri – overordnet plan og øvrige tiltak for personer med dom til tvungent psykisk helsevern
Sak 31-2023	Årlig melding 2022
Sak 32-2023	ForBedring 2023 – resultater og oppfølging
Sak 33-2023	Fagråd rehabilitering - oppnevning av brukerrepresentant
Sak 34-2023	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i>2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i>3. Informasjon fra RHF-ledelsen– <i>orienteringssak utgikk</i>4. Tiltak for å sikre et bærekraftig Helse Nord – <i>mundlig orientering om status</i>5. Økonomisk langtidsplan 2024-2027, inkludert rullering av investeringsplan6. Tilskudd til brukerorganisasjoner - tildeling av midler for 20237. Status oppfølging av innspill fra brukerorganisasjonene ved kommunikasjonsavdelingen - <i>mundlig</i>8. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker9. Årsmelding 2022 Pasient- og brukerombudene i Nord-Norge – <i>mundlig</i>10. Orientering fra ungdomsrådene ved Helgelandssykehuset HF og UNN HF – <i>mundlig</i>11. Oppnevninger siden forrige RBU-møte
Sak 35-2023	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Brukerutvalget Helgelandssykehuset – referat 15. februar 20232. Brukerutvalget Helgelandssykehuset – årlig melding 20223. Brukerutvalget Finnmarkssykehuset – referat 15.-16. mars 20234. Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset – referat 22. mars 20235. Brukerutvalget Finnmarkssykehuset – årlig melding 20226. Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset – årlig melding 20227. Brukerutvalget Nordlandssykehuset – referat 22. mars 20238. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 16. mars 20239. Brukerutvalget Nordlandssykehuset – årlig melding 202210. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – årlig melding 202211. Brukerutvalget UNN – årlig melding 202212. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 3.4.2023 – protokoll13. Interregionalt RBU – referat fra møte 20. mars 2023
Sak 36-2023	Eventuelt

Vedtak:

Innkallingen og saklisten godkjennes.

RBU-sak 28-2023 Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 15. mars 2023 og ekstraordinært møte 21. mars 2023

Vedtak

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 15. mars 2023, og ekstraordinært møte den 21. mars 2023 godkjennes.

RBU-sak 29-2023 Helsepersonellkommisjonen – hørings svar NOU 2023: 4 Tid for handling

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar saken til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg stiller seg bak hørings svaret til Helse Nord RHF, med følgende innspill:
 - a. Regionalt brukerutvalg mener det er viktig å ha fokus på forbygging i helsetjenesten. Befolkningens helsekompetanse må styrkes.
 - b. Samhandling og tettere organisering mellom ulike nivåer i helsetjenesten vil være viktig for å sikre et helhetlig og sammenhengende pasientforløp. Distriktsmedisinske sentre kan potensielt ha en større rolle. Videre vil digitalisering kunne være en viktig del av organisering og bedre utnyttelse av ressursene. Oppgaver i helsevesenet må løses nærmest mulig der pasienter bor og oppholder seg.
 - c. Regionalt brukerutvalg viser til at pensjonsreglementet vil kunne medføre at sykepleiere velger å gå av med pensjon tidlig. Dette som følge av at vilkår blir dårligere dersom de står lengre i arbeid.
 - d. Regionalt brukerutvalg mener hørings svaret bør omtale mulighetene for å rekruttere og utnytte arbeidsressurser gjennom NAV-systemet. Det bør i større grad være fokus på å utnytte arbeidsressurser hos pensjonister, unge og uføre.
3. Regionalt brukerutvalg ber om at Helse Nord RHF sørger for at innspill som kom fram i brukerutvalgets møte vurderes inn i ferdigstillingen av høringsutkastet til behandling i styremøte i Helse Nord RHF.

RBU-sak 30-2023 Sikkerhetspsykiatri – overordnet plan og øvrige tiltak for personer med dom til tvunget psykisk helsevern

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar saken til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg gir sin tilslutning til utkast til overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom til tvunget psykisk helsevern, med følgende innspill:
 - a. Psykose og rus kan skjule symptomer på utviklingshemming, autisme og andre alvorlige diagnoser. Dette er viktig å ta høyde for ved vurdering av behandlingsmetoder som virker.
 - b. Det er viktig at pårørende og særlig pårørende som er barn, får informasjon og medvirkning som de har krav på, samtidig som de får den tryggheten de trenger.
 - c. Det har vært god medvirkning i prosjektet, og Regionalt brukerutvalg ser fram til å se tiltakene som iverksettes.

RBU-sak 31-2023 Årlig melding 2022

Vedtak:

1. Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF viser til *Årlig melding 2022 for Helse Nord RHF til Helse- og omsorgsdepartementet og Vedlegg til Årlig melding 2022_krav som ikke rapporteres til HOD* og tar informasjon i saken til orientering.

RBU-sak 32-2023 ForBedring 2023 – resultater og oppfølging

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar saken til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg mener det er viktig å jobbe med vold og trusler, også med tanke på at dette vil kunne påvirke pasientsikkerheten.

RBU-sak 33-2023 Fagråd rehabilitering - oppnevning av brukerrepresentant

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg oppnevner Åse Senning som ny brukerrepresentant i Fagråd rehabilitering.

RBU-sak 34-2023 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder Knut Georg Hartviksen – *mundlig*
 - 16.03.2023 Foretaksmøte med Helseforetakene i Helse Nord
 - 17.03.2023 Samtale BHM tjenesten
 - 20.03.2023 Styringsgruppe tykktarm screening
 - 20.03.2023 Møte Interregionalt RBU, Gardemoen
 - 21.03.2023 Ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF
 - 21.03.2023 TNF spesialiseringsgruppe
 - 22.03.2023 Nye metoder – brukermedvirkning, oppfølging
 - 28.03.2023 Møte mellom brukerrepresentantene i Bestiller- og Beslutningsforum
 - 28.03.2023 Tematime for Styret Helse Nord RHF
 - 29.03.2023 Styremøte i Helse Nord RHF
 - 30.03.2023 Regionalt styreseminar Helse Nord RHF
 - 03.04.2023 Møte i arbeidsutvalget Regionalt brukerutvalg
 - 11.04.2023 Beslutningsforum for nye metoder
 - 11.04.2023 Sykehusutvalgets utredning – felles gjennomgang
 - 17.04.2023 Møte i Regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
 - *RBU's nestleder Gunnhild Berglen*
 - 16.03.2023 Brukerpanel digitale tjenester i nord
 - 17.03.2023 USAM
 - 20.03.2023 Interregionalt RBU
 - 21.03.2023 Ekstraordinært møte Regionalt brukerutvalg
 - 23.03.2023 Brukerutvalg i Pasientreiser HF
 - 24.03.2023 Ambulansefly transport psykisk syke, ledsagertjeneste
 - 27.03.2023 Prosjektstyremøte digitale tjenester i nord
 - 29.03.2023 Styremøte Pasientreiser HF
 - 29.-30.03.2023 Styreseminar Helse nord RHF
 - 03.04.2023 Møte i arbeidsutvalget Regionalt brukerutvalg
 - 11.04.2023 Informasjonsmøte Helse Nord RHF
 - *RBU-medlem Arne Vassbotn*
 - Ingen møter
 - *RBU-medlem Ester Fjellheim*
 - Ingen møter
 - *RBU-medlem Nikolai Raabye Haugen*
 - 16.03.2023 Brukerpanel for digitale tjenester
 - 21.03.2023 Ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg
 - 30.03.2023 RBU-prat intervju serie med Helse Nord RHF
 - 03.04.2023 Møte i arbeidsutvalget Regionalt brukerutvalg
 - 11.04.2023 Sykehusutvalgets utredning
 - 17.04.2023 Møte Regionalt brukerutvalg
 - *RBU-medlem Marit SørDAL*
 - Ukentlige møter i Behandlingshjelpemidler
 - *RBU-medlem Ole Marius Minde Johnsen*
 - Ingen møter
 - *RBU-medlem Åse Senning*
 - Ingen møter

- *RBU-medlem Morten Markussen*
 - Ingen møter
 - *RBU-medlem Ernly Eriksen*
 - 17.03.2023 Møte i USAM
 - 21.03.2023 Ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg
 - 22.03.2023 Møte i Faggruppe framskrivningsmodell somatikk
 - *RBU-varamedlem Berit Andersdatter Bongo*
 - Møte i helseutvalget PF
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
 - Saken utgikk
 4. Tiltak for å sikre et bærekraftig Helse Nord – *mundlig orientering om status*
 - Mandat for utredningsarbeid er satt på vent til kommunenes innspill har kommet inn
 - Det ble av RBU-medlemmer fremmet bekymringer for om det sikres god nok involvering i kommunene, og om beredskapsnivå for øyeblikkelig hjelp vil kunne opprettholdes på et forsvarlig nivå i fremtiden. Videre kom det innspill om at det vil være nyttig med igangsetting av flere piloter for å fremme større og radikale endringstiltak. Pasientsikkerhet må sikres i alle prosesser
 5. Økonomisk langtidsplan 2024-2027, inkludert rullering av investeringsplan
 - Det ble av RBU-medlemmer kommentert at det er viktig at ulike departementer samarbeider med hverandre for å sikre bosetting i Nord-Norge. Videre ble viktigheten av å arbeide med tiltak for å beholde personell i regionen diskutert
 6. Tilskudd til brukerorganisasjoner - tildeling av midler for 2023
 7. Status oppfølging av innspill fra brukerorganisasjonene ved kommunikasjonsavdelingen – *mundlig*
 8. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker
 9. Årsmelding 2022 Pasient- og brukerombudene i Nord-Norge – *mundlig*
 - Orientering fra årsmeldingen
 - Det er igangsatt en prosess for tilsetting av en egen samisk rådgiver
 10. Orientering fra ungdomsrådene ved Helgelandssykehuset HF og UNN HF – *mundlig*
 - Helgelandssykehuset: Det jobbes med rekruttering og etablering av ungdomsrådet
 - UNN HF: Koordinator og sentral ansatt som har fulgt opp ungdomsrådet har begynt i annen stilling, og det er per tiden ikke avsatt personellressurser i ungdomsrådet. Aktivitet har vært lav den siste tiden. Skal lyses ut en 20 % stilling
 - Det ble fremmet av RBU-medlemmer at det er viktig at ungdom sikres reell medvirkning. Det ble oppfordret til at ungdomsrådene tar kontakt med *Barn som pårørende* med tanke på rekruttering
 11. Oppnevninger siden forrige RBU-møte

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 35-2023 Referatsaker

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 36-2023 Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Bodø, den 17. april 2023

*godkjent av Knut Georg Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 19042023 – kl. 13.29*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Linn Gros

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 40-2023

Høring NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus (sykehusutvalget)

Forslag til vedtak

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

1. Informasjonen om *NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus* tas til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til høringen:
 - a) ...
 - b) ...
 - c) ...

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Formål:

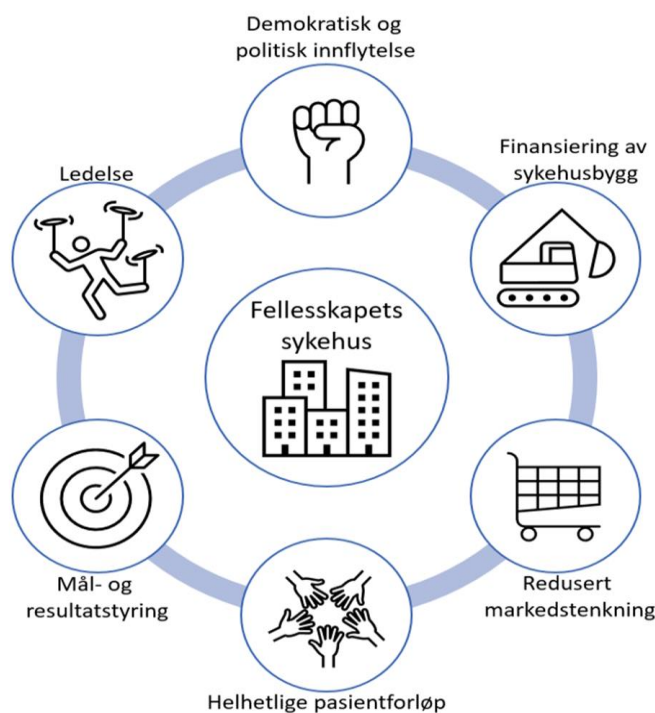
Saken fremmes for Regionalt brukerutvalg til orientering og muligheter for å gi innspill.

Beslutningsgrunnlag

NOU 2023:8 *Fellesskapet sykehus* er en omfattende gjennomgang av historien bak foretaksreformen i 2002, erfaringer med dagens styring og organisering av spesialisthelsetjenesten, og politisk og demokratisk innflytelse. Utvalget gjennomgår blant annet finansieringsmodellen for sykehusbygg, markedstenkning i styring av helseforetakene, mål- og resultatstyring. Utvalget ser særlig tre hovedutfordringer fremover som utredet i henholdsvis Perspektivmeldingen 2021¹, Helsepersonellkommissjonen² og NOU 2020:15 Det handler om Norge – demografiutvalgets utredning³. Disse utredningene omhandler utfordringer knyttet til redusert økonomisk handlingsrom, tilgangen til fagpersonell og demografiutfordringer.

Innledning/bakgrunn

Sykehusutvalgets utredning inngår i et større sakskompleks og skal etter høring innarbeides i den kommende nasjonale helse- og samhandlingsplanen.



Utvalget ble oppnevnt på bakgrunn av Hurdalsplattformen som slår fast at regjeringen vil utrede endring i styringen av sykehus og helseforetaksmodellen, med mål om å sikre statlig eierskap, sterk regional, politisk og demokratisk styring, samt stedlig ledelse.

¹ Perspektivmeldingen 2021: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>

² Helsepersonellkommissjonens utredning: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsepersonellkommissjonen-overleverte-sin-utredning/id2961748/>

³ NOU 2020:15: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>

Demokratisk og politisk innflytelse

Utvalget har utredet forslag til endringer i styringen av sykehusene og helseforetaksmodellen og foreslår endringer for økt regional, politisk og demokratisk innflytelse, blant annet:

1. Lovendring i spesialisthelsetjenesteloven for å sikre strukturert og jevnlig dialog mellom helseforetak og kommuner og fylkeskommuner, ut over partnerskapsmøtet og strategisk samarbeidsutvalg. I lovforslaget ligger at partene avtaler i hvilke saker kommuner/fylkeskommuner skal bli hørt, i forkant av styrebehandling.
2. Krav til styremedlemmers kompetanse, herunder også adgang til å være styremedlem, og krav til helsefaglig- og samfunnsfaglig kompetanse for styremedlemmer. Observatørstatus for brukere og representanter for arbeidstakerne, med tale- og forslagsrett, også i felleseide selskap.
3. Helseforetakenes autonomi sikres ved at eierstyring kun utøves i foretaksmøtet og at helseforetakene behandler saker i eget styre før saken går til behandling i styret i det regionale helseforetaket. Utvalget mener dagens lovverk gir statsråden tilstrekkelig handlingsrom til å sikre nasjonal politisk forankring.
4. Utvalget slutter seg til Helsepersonellkommissjonens forslag om å utrede en bærekraftig sykehusstruktur.
5. Navneendring, der Helse Nord RHF foreslås endret til Helseregion nord og helseforetak erstattes av sykehus.

Samiske tilbud

Utvalget foreslår en egen utredning for å ivare samisk befolknings rett til medbestemmelse og inkorporering av folkerettslige bestemmelser. Utredningen bør ta stillingen til Sami klinikkas organisering. Et flertall mener det skal være samisk representasjon i alle styrer i regionale helseforetak, og at representantene skal være oppnevnt av Sametinget. Sametinget påpeker at det per i dag ikke er krav til samisk brukerrepresentasjon i brukerutvalg og regionale brukerutvalg i andre helseregioner enn i Helse Nord.

Helhetlige pasientforløp – helsefelleskap og samhandling

Utvalget har mandat til å utrede forslag til hvordan helsefelleskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling med kommunene om helhetlige pasientforløp.

Ulike regelverk, krav og finansieringsordninger gjør at kapasiteten i de to nivåene ikke nødvendigvis vurderes i sammenheng. Todelt ansvar gir risiko for at det ikke settes inn riktig kompetanse på riktig nivå, til riktig tid, og med riktig sammensetning. Utvalget foreslår blant annet:

1. Et øremerket samhandlingsbudsjett for tiltak mot de fire prioriterte gruppene fra nasjonal helse- og sykehusplan og gode pasientforløp. Dagens finansieringssystem understøtter ikke tilstrekkelig god samhandling, og ofte kan gevinst og kostnader fordeles i hvert sitt nivå. Utvalget foreslår at helseforetakene administrerer midlene, og at formål fastsettes i helsefelleskapene, i et samarbeid mellom partene. Utbetaling forutsetter at partene er enige om områder som kan forbedres gjennom samhandling. Utvalget foreslår at samhandlingsbudsjettet nasjonalt er minimum 1-2 milliarder kroner. Øremerkede samhandlingsbudsjett kan bidra til å lette utfordringer som følger av to omsorgsnivå, jf. Helsepersonellkommissjonens forslag om å utrede en sammenslåing.

2. Utvalget foreslår å videreføre og videreutvikle ordningen med resultatbasert finansiering.
3. Utvalget foreslår å evaluere ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, og nivået på denne.
4. Utvalget mener det er nødvendig at ansatte og tillitsvalgte får medvirke i gode beslutninger i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak, og at slik medvirkning må finne sted i helsefellesskapene.
5. Utvalget foreslår at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling.

Finansiering av sykehusbygg

Utvalget tar utgangspunkt i at drift og investeringer i utstyr, IKT og bygg må sees i sammenheng. Av denne grunn anbefales ikke et skille mellom drift og investering eller en husleiemodell. Dagens modell har høyt krav til egenkapital og likviditet. I en økonomi som presses av drift, kan det føre til at det bygges for små bygg, at investeringer skyves i tid, og baseres på urealistiske forutsetninger om økonomisk bæreevne (stort økonomifokus). Utvalget fremmer tre forslag til endring:

1. Redusert egenkapitalbehov ned fra 30 til 10 prosent. Det vil gi bedre likviditet og redusere unødvendig utsettelse av nødvendige investeringer. Samtidig økes lånebevilgningene, og rentebelastningen.
2. Utvalget foreslår derfor bedre rentebetingelser, ved å reversere rentemodellen til før 2018 der lånerenten fastsettes med utgangspunkt i renten på statsveksler.
3. Særskilt finansiering av kapitalkostnader. Utvalget foreslår en ny modell for inntektsfordeling mellom regionale helseforetak som dekker en større andel av regnskapsførte avskrivningskostnader ved en justering av kostnadskomponenten i modellen til eks. 75 prosent. Det har likheter med modellen for husleiekompensasjon i den statlige husleieordningen. Utvalget viser til at dagens modell til en viss grad tar hensyn til økonomiske forpliktelser inngått før 2015, delvis grunnet historiske forhold, dels ulike prioriteringer og dels ulike forutsetninger.

Utvalget mener forslagene vil stimulere til økte investeringer, som kan gi økt kvalitet, bedre arbeidsforhold og produktivitetsvekst. Andre utredninger, som koronakommisjonen anbefaler at sykehus bygges fleksible. Utvalget viser til perspektivmeldingens budskap om et redusert økonomisk handlingsrom, noe som tilsier at sykehusbygg må utformes produktivitetsfremmende, og helsepersonellkommisjonens budskap om knapphet på personell som tilsier større kapitalintensivitet enn arbeidskraftintensivitet fremover.

Utvalget foreslår videre at utvikling og vedlikehold av framskrivningsmodellen gjøres i et tett samarbeid og formell involvering av kliniske fagmiljø fra de to omsorgsnivåene.

Redusert markedstenkning

Utvalget har mandat til å vurdere uheldige konsekvenser av markedstenkning. Tre områder er valgt:

1. *Innsatsstyrt finansiering (ISF)*. Utvalget går inn for å avvikle dagens ISF-ordning og en overgang til rammefinansiering med en toppfinansiering ved aktivitet ut over fastsatt aktivitetsramme. Ordningen med kvalitetsbasert finansiering videreføres. Rammen foreslås fastsatt basert på befolkningsstørrelse og kostnader, justert for regionale forskjeller i behov.

2. *Konkurransen om pasienter.* Regionale helseforetak har avtaler med avtalespesialister og private institusjoner som del av *sørge for-ansvaret*. Disse omfattes av samme lovverk, reguleringer og prioriteringer som offentlige sykehus. Selv om andelen av helprivate tilbud er lav, har omfanget av private helsetjenester økt vesentlig de siste 20 årene. Private tilbud kan sees på som et uttrykk for lav tilgjengelighet i den offentlige helsetjenesten, men også tilbudsdrivet aktivitet som både øker forbruket og muligheten for overbehandling. Helprivate tilbud er basert på andre prioriteringer enn i det offentlige helsevesenet, og konkurrerer om helsepersonell. I lys av Helsepersonellkomisjonens rapport anbefales at det utredes en ny godkjenningsordning for etablering av private helsetjenester.
3. *Konkurransetsetting av ikke-medisinske tjenester.* Nøytral merverdiavgift ble innført for å sidestille konkurransetsetting av ikke-medisinske tjenester med helsetjenester (som er unntatt merverdiavgift), og unngå konkurransevridning i favør av egne tilbud. Hurdalsplattformen går inn for å avvikle ordningen fordi konkurransetsetting kan gå på bekostning av ansattes vilkår og splitte opp tjenester som naturlig hører sammen. Et mindretall vil videreføre ordningen med nøytral merverdiavgift som i dag.

Utvalget går inn for å videreføre og videreutvikle dagens DRG-system⁴ og kostnad-per-pasient (KPP). Videre anbefales at finansieringen av avtalespesialister innføres som del av ordinær finansiering av regionale helseforetak.

Utvalget peker på at fristbruddordningen bidrar til en endret prioritering, der tilbud gis utenfor rammen av prioriteringsforskriften.

Utvalget foreslår at private tilbydere uten avtale med regionale helseforetak skal underlegges krav til rapportering av aktivitet til Norsk pasientregister (NPR) eller Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Mål- og resultatstyring

Utvalget skal vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyring med sikte på å fjerne unødvendig rapportering og detaljstyring.

Utvalget gjennomgår en rekke rapporteringer som skal måle og vurdere ressursbruk og aktivitet. Utvalget peker på at misnøye fra klinikere ofte henger sammen med IKT-funksjonalitet og registrering av data som ikke nødvendigvis må registreres av helsepersonell.

Utvalget mener det må arbeides for å forbedre nasjonale kvalitetsindikatorer. Det foreslås en regelmessig gjennomgang av rapportering for å identifisere unødvendig rapportering eller der nytten ikke forsvarer ressursbruken.

Utvalget mener det må innføres kliniske fagrevisjoner i tråd med nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019, blant annet for å etterleve forskrift om ledelse. Slike revisjoner kan ta utgangspunkt i helseatlas og medisinske kvalitetsregistre, og supplere eller delvis erstatte rapportering på kvalitetsindikatorer.

⁴ DRG-systemet: Pasientklassifiseringssystemet diagnoserelaterte grupper:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet>

Lederstillinger og lederstruktur

Utvalget skal gjennomgå antall lederstillinger og nivå, og vurdere regelverk og andre tiltak som kan støtte en hensiktsmessig ledelsesstruktur og legge til rette for stedlig ledelse.

Utvalget mener dagens regelverk er dekkende og anbefaler ingen lovendring. Begrunnelsen er at det er behov for en viss fleksibilitet i organiseringen som dagens lovverk tillater.

Konklusjon

Utvalgets arbeid er forankret i Hurdalsplattformen, som slår fast at regjeringen vil utrede endring i styringen av sykehus og helseforetaksmodellen, med mål om å sikre statlig eierskap, sterk regional, politisk og demokratisk styring, samt stedlig ledelse.

Sykehusutvalget foreslår en rekke endringer som vil gi økt demokratisering, blant annet observatørstatus med tale- og forslagsrett for ansatte i foretaksgruppen også i styrene til felleseide helseforetak. Videre også at brukere og tillitsvalgte har en plass i helsefellesskapene.

Utvalget konkluderer med at helseforetaksmodellen står seg godt som system, både nasjonalt og internasjonalt målt ut fra indikatorer som kvalitet, ventetid, aktivitet og økonomi. Modellen har likevel svakheter som maktkonsentrasjon og et sterkt økonomifokus, som blant annet kan komme til syne ved mangelfull samhandling, og for små sykehusbygg.

Utvalget foreslår en rekke tiltak for å kompensere for disse svakhetene, som endret finansiering med overgang til rammefinansiering, ny modell for finansiering av sykehusbygg og økt demokratisering gjennom forpliktende samarbeid.

Utkast til høringsvar fra Helse Nord RHF legges frem for Regionalt brukerutvalg til orientering før det oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Utrykt vedlegg: [NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse. Sykehusutvalgets innstilling: https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf)

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Tove Klæboe Nilsen

Dato:
11.05.2023

RBU-sak 41-2023

Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025 – status

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg tar orienteringen om status for tiltak i strategi for kunstig intelligens (KI) i Helse Nord 2022-2025 til orientering.

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Formål

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF orienteres med denne saken om status for implementering av Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord. Det vises til *styresak 71-2021 Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025* (møtedato 22.06.2022) og at administrasjonen skal gi en årlig tilbakemelding på status. Samme sak ble lagt fram for styret 26. april 2023.

Det vises til styrets vedtak i *styresak 71-2021*:

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

Strategien er forankret i nasjonale og regionale målsettinger og strategier. Den er samordnet med IKT-området og Helse Nord RHF sin strategi for forskning og innovasjon 2021-2025.

Innledning/bakgrunn

Følgende visjon er lagt til grunn for strategien: *Helse Nord skal legge til rette for utvikling og god klinisk bruk av kvalitetssikrede og validerte løsninger for kunstig intelligens, med sikte på å forbedre kvaliteten og effektivisere ressursbruken i helsetjenesten.*

I *styresak 71-2021* ble det påpekt at for å kunne ta i bruk KI-løsninger, må grunnmuren som skal bære løsningene være på plass, med vekt på:

- Gode, kvalitetssikrede og tilgjengelige data
- IKT-infrastruktur og informasjonssikkerhet
- Utdanning og kompetanse
- Organisering og finansiering
- Etisk og juridisk fundament

For å realisere dette ble følgende overbygning vurdert:

- Etablering av Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI), i samarbeid mellom UiT Norges arktiske universitet, UNN og Helse Nord RHF
- Etablering av et strategisk råd for KI i Helse Nord, sammensatt av medlemmer fra det regionale helseforetaket, helseforetakene, brukere og ansatte.

Etter vedtak i *styresak 71-2021* ble følgende tiltak som foreslått i saken igangsatt, med formelle mandater med oppgavebeskrivelse for utredninger og leveranser:

- konseptutredning om IKT-infrastruktur
- utredning om utdanning- og kompetansebehov
- konkretisering av løsninger for kommersiell anskaffelse innen radiologi

Det redegjøres for ovenstående løsninger og tiltak i denne saken.

Status - Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI)

SPKI vurderes som det viktigste organisatoriske grepet i strategien. SPKI skal være et bindeledd mellom forskning og klinisk praksis, og er et samarbeid mellom UiT Norges arktiske universitet, UNN og Helse Nord RHF. Det skal skrives en formell avtale mellom partene, men dette er ikke gjort per dato.

SPKI er forankret som en avdeling ved Fag- og kvalitetssenteret ved UNN. Ved UiT er forankringen hovedsakelig hos Fakultet for naturvitenskap og teknologi, med tyngdepunkt i Forskningsgruppa for maskinlæring, og ved Helsefak, med tyngdepunkt ved Institutt for klinisk medisin.

Senteret var under etablering allerede i juni 2021 da styret vedtok KI-strategien. Helse Nord RHF har gått inn med delfinansiering av senteret med 3 mill. kroner per år i årene 2022-2025, over forskningsbudsjettet.

Den ene hovedoppgaven til senteret er å gi forsknings- og implementeringsstøtte til helseforetakene og KI-prosjekter i Helse Nord. Prosjektporteføljen har stor spennvidde. Senteret bistår klinikere med dataanalyse (f.eks. ved deteksjon av sårinfeksjoner, thyroideakreft og hodeskader hos babyer), leder innovasjonsarbeid for å utvikle egne KI-løsninger sammen med kommersielle aktører der slike ikke finnes (ryggkirurgi), og bidrar til regional utprøving og validering av kommersielle KI-verktøy i prospektive kliniske studier (slagbehandling). Flere av disse prosjektene er regionale og har fått ekstern finansiering, i tillegg til midler gjennom Helse Nord RHF sine forsknings- og innovasjonsutlysninger.

Den andre hovedoppgaven til SPKI er å være et regionalt kompetansemiljø. Senteret bidrar i regionale og nasjonale utredninger, utdanning og undervisning ved UiT, rådgivning innen juss og etikk, og rutiner/veiledninger for data, IKT, og validering. Senteret drifter nettstedet www.spki.no.

Sammen med maskinlæringsmiljøet på UiT har senteret etablert en felles digital møteplass for alle med interesse for KI innen helse. Møtene arrangeres hver fjortende dag, og har jevnlig deltakere fra alle seks helseforetakene i Helse Nord, industri og akademia, og fra nasjonale og internasjonale samarbeidsmiljøer. SPKI har blitt en nasjonalt ledende aktør når det gjelder arbeid med implementering og bruk av KI i helsetjenesten og blir jevnlig invitert til internasjonale/nasjonale konferanser og seminarer innen fagfeltet.

Status - strategisk råd for KI i Helse Nord

Selv om den regionale motoren for utvikling av dette feltet ligger ved UiT/UNN, er strategien tydelig på at KI-løsninger skal komme alle helseforetak til gode. Det legges opp til at samtlige helseforetak skal komme i gang med KI-løsninger i løpet av strategiperioden.

Det ble foreslått i strategien at det etableres et strategisk råd for KI i Helse Nord, sammensatt av medlemmer fra det regionale helseforetaket, helseforetakene, brukere og ansatte. Rådet er ikke etablert ennå. Det foreslås å vente med etablering av et slikt råd til det er mer aktivitet på KI-området i regionen.

Det regionale aspektet ivaretas likevel i en viss grad i aktivitetene i SPKI, redegjort for ovenfor.

Status – etablering av IKT-infrastruktur

Det ble igangsatt konseptfase for prosjektet *Regional IKT-plattform for å understøtte kunstig intelligens i Helse Nord (RIKTIG-prosjektet)*. Konseptfasen (> 2 mill. kroner) ble utført av Helse Nord IKT og finansiert delvis over budsjettet for forskning og innovasjon i Helse Nord, og ble levert i februar 2022.

For at Helse Nord skal kunne utvikle, teste og drifte kunstig intelligens-løsninger må det foreligge en teknisk grunnmur. Det er nødvendig å bygge både kompetanse, prosesser, informasjon, applikasjoner og teknisk infrastruktur som minne, prosessorkapasitet, lagring med mer.

Konseptrapporten presenterte fire prinsipielt ulike konsepter, hvor det ene konseptet anbefales, i samråd med ledelsen i Helse Nord RHF. Det anbefalte konseptet innebærer at Helse Nord IKT etablerer et tjenesteområde som understøtter fremtidig anvendelse av kunstig intelligens og forskning og utvikling. Tjenesteområdet utvikles ved å understøtte et utvalg av prosjekter som vil være representativt for denne tjenesten.

I 2022 har Helse Nord IKT og administrasjonen i Helse Nord RHF også jobbet med utkast til styringsdokument for hovedprosjekt, med igangsetting i 2023. Realiseringen av hovedprosjektet muliggjøres med styrkingen av budsjettet til forskning og innovasjon med 5 millioner kroner per år i 2023-2026, til sammen 20 millioner kroner, jf. *Styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan*, møtedato 22. juni 2022:

«Styrking forskning og innovasjon. Denne styrkingen gir rom for å håndtere økte kostnader knyttet til kunstig intelligens innenfor forsknings- og innovasjonsbudsjettet.»

«Forskning og utviklingsarbeid styrkes. Arbeidet med kunstig intelligens forutsettes håndtert innenfor de samlede rammer til forskning, innovasjon og utvikling.»

Hele prosjektet i valgt konsept har en angitt kostnadsramme på 37 mill. kroner over seks år. Prosjektforslaget og budsjettet revurderes nå av partene, og det vurderes som at det kan igangsettes som et mindre prosjekt med total kostnadsramme på 20 mill. kroner. Ressursbehovet ut over dette tas inn i prioriteringsdiskusjonene i økonomisk langtidsplan.

Prosjektet vil også tydeliggjøres enda mer som en infrastruktur ikke bare til kunstig intelligens, men også som en infrastruktur for lagring og analyse av forskningsdata, innen persontilpasset medisin og andre områder.

Status - utdannings- og kompetansebehov

Utredningen om utdannings- og kompetansebehov foreligger i rapporten *Styrking av utdannings- og opplæringstilbud innrettet mot kunstig intelligens (KI) i helsetjenesten*, ferdigstilt av arbeidsgruppen fra UiT i august 2022. Arbeidsgruppen har både kartlagt eksisterende utdanningstilbud ved universitetet og diskutert mulige framtidige satsinger.

Kartleggingen viser at det finnes tilbud innen kunstig intelligens i utdanningene som gis ved universitetet. Det gjelder innen medisin - og radiografutdanningene ved Helsefak, og i enkeltemner og studier ved Fakultet for naturvitenskap og teknologi (NT-fak).

I legestudiet er det nylig tatt inn kunnskapsmål i to emner på det tredje året av studiet. Kunnskapsmålene er: Kjenne til prinsipper og problemstillinger rundt bruk av digitale løsninger og teknologi i behandlingen / Kjenne til bruk av kunstig intelligens som hjelpemiddel i diagnostisering av sykdom. Det er et liknende kunnskapsmål knyttet til ett nytt emne som implementeres i 2023 ved radiografutdanningen: Kjenne til grunnleggende elementer og problemløsninger ved hjelp av kunstig intelligens. Verken undervisning eller pensum er bestemt eller operasjonalisert for disse emnene.

En annen relevant utdanning er den erfaringsbaserte masteren i digitale helsetjenester (deltid samlingsbasert mastergrad lokalisert i Mo i Rana) som har første opptak høsten 2022. Tilbudet er utviklet i tett samarbeid med Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland. KI er ett av mange tema i mastergraden.

Arbeidsgruppen anbefaler å avvete oppstart av nye studietilbud/emner ved universitetet til de høster erfaringer med effekten av de nye tilbudene ved lege- og radiografutdanningen. De anbefaler at Spesialistutdanning for leger (LiS) vurderes med tanke på om KI bør få en større plass, og at det etableres et eget elektivt kurs på masternivå ved UiT etter inspirasjon fra kurs ved Universitetet i Bergen.

I tillegg til arbeidsgruppens anbefalinger vil det være betydelige behov på kort sikt for praktisk KI-opplæring hos helsepersonell for å kunne ta i bruk KI-løsninger, eksempelvis innen radiologi. Dette må for en stor del løses i egenregi, med støtte fra SPKI. SPKI vil ta hovedansvaret for utvikling og gjennomføring av kurstilbud og opplæring. Helseforetakenes kostnader vil primært være knyttet til helsepersonellens tid som anvendes til opplæring og deltagelse i kurs. I startfasen vil dette langt på vei kunne ivaretas som lavterskeltilbud gjennom opplegg for internundervisning.

Status - kunstig intelligens innen radiologi i Helse Nord

Det vises til rapporten *Kunstig intelligens innen radiologi i Helse Nord*, ferdigstilt av den oppnevnte arbeidsgruppen medio november 2022. Den regionalt sammensatte arbeidsgruppen har gjort en stor gjennomgang av området.

Arbeidsgruppen vurderer situasjonen for radiologifaget i Helse Nord som kritisk med hensyn til bemanning, kompetanse, organisering og regional samordning. Løsninger for kunstig intelligens vurderes på sikt å kunne understøtte og avlaste radiologene.

Markedet for kommersielle KI-algoritmer innen radiologi er i ferd med å modnes. Arbeidsgruppens vurderer det som viktig at også Helse Nord i løpet av kommende ett- toårsperiode tar initiativ til en trinnvis implementering av KI-løsninger. Dette må gjøres i form av en anskaffelse.

Arbeidsgruppen anbefaler at:

- Det i forkant av kunngjøring om konkurranse, arrangeres en leverandørkonferanse for å bli oppdatert om løsninger og tjenester
- Det organiseres en felles anskaffelsesprosess for alle helseforetak i Helse Nord, med konkurransepreget dialog som anskaffelsesform
- Det legges opp til en felles plattformløsning for alle helseforetakene i Helse Nord
- Det legges opp til en rammeavtale som gir tilgang til aktuelle og prioriterte algoritmer gjennom avrop over flere år, tilpasset behov, økonomi og andre forutsetninger i de enkelte helseforetak
- Det stilles krav om at MDR-godkjenning (Medical Device Regulation) av algoritmer som anskaffes foreligger før signering av kontrakt.

Arbeidsgruppen foreslår å prioritere en rekke områder for anskaffelse. Disse inkluderer blant annet bruddeteksjon, kreftdiagnostikk (lunge, prostata og bryst), tolkning av røntgen thorax, slagdeteksjon og deteksjon av lungeemboli.

Vestre Viken har nylig gjennomført en anskaffelse av KI-løsninger innen radiologi. Arbeidsgruppen anbefaler at UNN starter med å implementere en av de KI-løsningene som inngår i opsjonen UNN har for å gjøre avrop på rammeavtalen med Vestre Viken (løsning for brudd-deteksjon). En slik trinnvis strategi som starter med UNN, anbefales også ved oppstart på grunnlag av en felles anskaffelse i regionen.

Arbeidsgruppen vurderer at følgende forutsetninger må ligge til grunn for en kvalitetssikret og trygg implementering av KI-løsninger i radiologi:

- Rasjonell og effektiv innpassing av KI-løsninger i radiografenes og radiologenes arbeidsflyt
- Tilrettelagt infrastruktur med enkel og god tilgang til data og programvare
- Nødvendig utdanning og kompetanse for det personell som skal ta i bruk løsningene
- Ivaretagelse av regulatoriske krav og ordninger
- Kvalitetssikring og validering av løsninger mot norske pasientdata
- Gode ordninger for forvaltning og oppdatering av KI-løsninger

Vurdering

Konst. adm. direktør vurderer at KI-strategien er fulgt godt opp det første året med flere utredninger. SPKI er gradvis bygd opp i perioden, og vurderes som et godt organisatorisk og strategisk grep for å bidra til, og legge til rette for å realisere KI-strategien.

Rapporten om utdannings- og kompetansebehov tas til orientering, og Helse Nord vil følge med og være i dialog med UiT om effekten av de delemnene som omhandler KI, på kompetansen til helsepersonell i helseforetakene.

Det vil være betydelige behov for praktisk KI-opplæring hos helsepersonell for å kunne ta i bruk KI-løsninger, eksempelvis innen radiologi. Dette må for en stor del løses med internopplæring i helseforetakene, med støtte fra SPKI.

Det er et betydelig behov for å styrke IKT-infrastrukturen for å få tatt KI i bruk i helseforetakene, også som en infrastruktur for forskningsdata. Det vil igangsettes et

hovedprosjekt i 2023, med et revidert styringsdokument for prosjektet, og med den finansieringen som ligger i forsknings- og innovasjonsbudsjettet per nå.

Konst. adm. direktør vil komme tilbake til styret med en egen sak om mulige KI-løsninger i radiologi. Det er igangsatt et grundig forankringsarbeid mot UNN. Både faglige, kapasitetsmessige, organisatoriske og økonomiske konsekvenser må utredes og forankres.

Forhold særlig relevant for brukere

Regionalt brukerutvalg orienteres om status for implementering av *Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025* i møte 22. mai 2023.

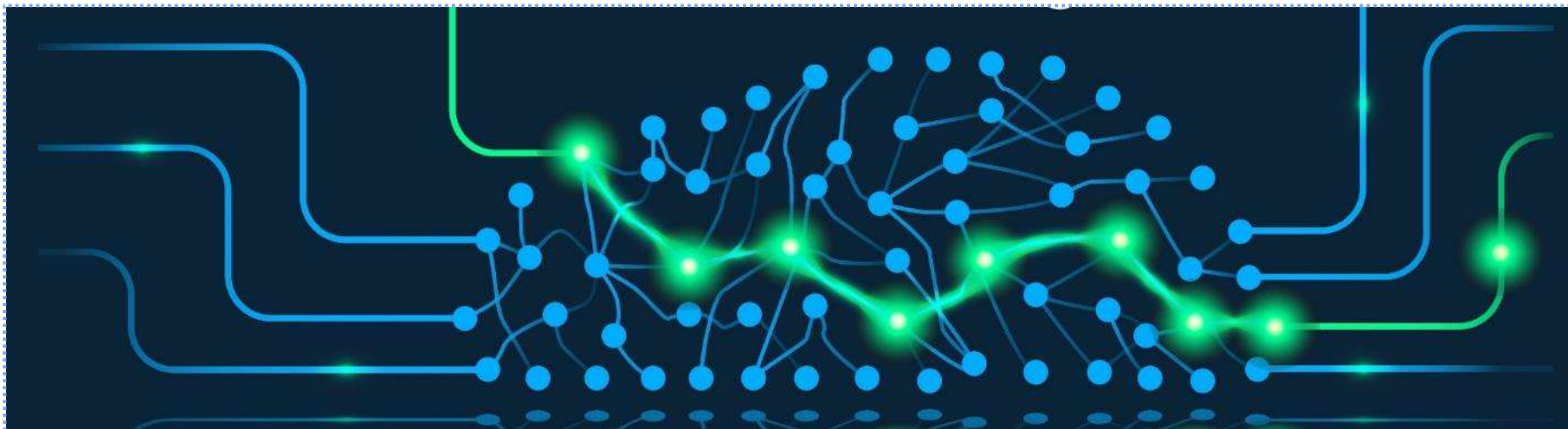
Brukerne var videre representert i arbeidsgruppen som har utarbeidet rapporten om KI-løsninger på radiologifeltet, og brukerne vil tas med i tiltakene framover der det vurderes som riktig.

Vedlegg:

1. Regional IKT-plattform for å understøtte kunstig intelligens i Helse Nord (RIKTIG-prosjektet) - konseptrapport fra Helse Nord IKT 10.02.2022
2. Styrking av utdannings- og opplæringstilbud innrettet mot kunstig intelligens (KI) i helsetjenesten - rapport fra arbeidsgruppe ved UiT 30.08.2022
3. Kunstig intelligens innen radiologi i Helse Nord - rapport fra regional arbeidsgruppe 18.11.2022 (kortform)

Utrykt vedlegg:

1. [Kunstig intelligens innen radiologi i Helse Nord - rapport fra regional arbeidsgruppe 18.11.2022](#) (full versjon)

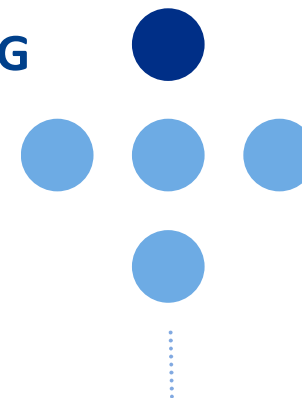


KONSEPTRAPPORT v 1.0

REGIONAL IKT-PLATTFORM FOR Å UNDERSTØTTE KUNSTIG INTELLIGENS I HELSE NORD (RIKTIG)

HN IKT - Tromsø 10. februar 2022

Erik Slørdal Skjemstad, arkitekt, HN IKT
Torkil Grindstein, rådgiver, HN IKT
Stephan Kristiansen, arkitekt, HN IKT
Karl Øyvind Mikalsen, FoU-, og klinisk rådgiver UNN, SPKI
Ove Granberg, prosjektleder, HN IKT
Odd Halvard Bjørnstad, delprosjektleder teknisk



INNHold (Distribusjonsversjon)

Hovedtema	Side
*** Ledelsessammendrag ***	3-4
Forankring og bakgrunn for konseptrapporten	5-11
Behov for kunstig intelligens i FoU og klinisk praksis	12-17
Hvordan kan HN IKT svare ut behovene innenfor kunstig intelligens?	18-21
Innledning til konseptene	22-25
Sammenlikning av konseptene	26-33
Oppsummering og anbefaling av konsept	34-36
Informasjon om videre plan	37-41
Vedlegg	42-48

*** LEDELSESSAMMENDRAG ***

Helse Nord RHF vedtok i juni 2021 strategi for kunstig intelligens i Helse Nord for perioden 2022-2025.

I forlengelsen har Helse Nord RHF gitt Helse Nord IKT i oppdrag å etablere et prosjektet Regional IKT-plattform for å understøtte kunstig intelligens i Helse Nord. Prosjektet skal frem mot våren 2022 beskrive hva som skal til for å huse utvikling av KI-løsninger og forskningsprosjekter, med en tilhørende tjenester for å støtte relevante fagmiljøer på sykehusene.

Strategien er omfattende og belyser mange viktige problemstillinger knyttet til å ta i bruk KI. Konseptfasen avgrenser omfanget til hvordan etablering av en egnet IKT-infrastruktur og et tilhørende fagmiljø bidrar til å oppfylle strategiens overordnede målsettinger.

For at Helse Nord skal kunne utvikle, teste og drifte kunstig intelligens-løsninger må Helse Nord IKT ha et fundament og en teknisk grunnmur. For å trinnvis ta i bruk KI i strategiperioden er det nødvendig å bygge både kompetanse, prosesser, informasjon, applikasjoner og teknisk infrastruktur som minne, prosessorkapasitet, lagring med mer.

Det har siden 3. tertial 2021 vært arbeidet med konseptfasen der også klinisk og funksjonell side har vært representert. Det er utarbeidet ulike konsepter som hver for seg svarer på bestillingen i mandatet. Hvert konsept er vurdert ut fra hvilken grad det oppfyller identifiserte forventninger og behov i KI strategien. Konseptrapporten presenterer fire prinsipielt ulike konsepter.

Prosjektgruppen anbefaler konsept 3: Tjenesteorientering

Tjenesteorientering innebærer at Helse Nord IKT etablerer et tjenesteområde som understøtter fremtidig anvendelse av kunstig intelligens og forskning og utvikling. Tjenesteområdet utvikles ved å understøtte et utvalg av prosjekter som vil være representativt for denne tjenesten.

Estimert kostnadsnivå er i størrelsesordenen 6 – 8 MNOK per år.

Konsept 3 gir en god balanse mellom realiserbarhet og hva som kreves for å etablere en tjeneste med varig verdi. Konseptrapporten nevner aktuelle prosjekter som mulige tilvalg, eksempelvis forsknings-PACS, ryggregister med mer. Endelig prioritering og eventuelle tilvalg gjøres av Helse Nord RHF.

OVERORDNET SAMMENDRAG AV KONSEPTENE

- Konsept 1 og 2 vil kun innfri på deler av strategien og representerer etter RIKTIG-prosjektets vurdering et marginalet ambisjonsnivå med lav prioritet.
- Konsept 3 legger til rette for eventuell bistand til enkelt oppdrag og uttrekk av data til enkelte forskningsformål prioritert av RHF-et (for eksempel presisjonsmedisin). Konsept 3 kan oppkjøpes til svare ut mye av det samme som i konsept 4, under forutsetning av at ambisjonsnivået økes mot konsept 4
- I konsept 4 er betingelsene i betydelig grad er tilstede for også løpende kunne håndtere en større mengde RHF-prioriterte prosjekter

FORANKRING OG BAKGRUNN FOR KONSEPTRAPPORTEN



5

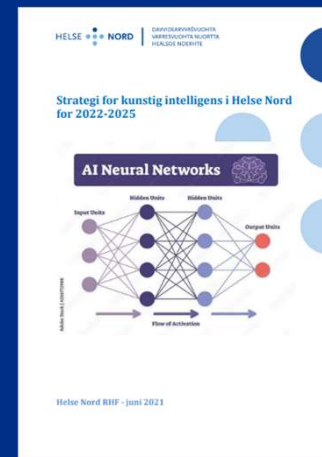
STRATEGISK STYRENDE DOKUMENTER FOR KONSEPTARBEIDET



27. Okt 2020



26. Mai 2021



22. Jun 2021



1. Okt 2021



22. Nov 2019



14. Jan 2020



26. Nov 2020

BAKGRUNN FOR RAPPORTEN

HN IKT skal i strategiperioden trinnvis tilrettelegge for

- *et **fundament** (fremtidig fagmiljø/ tjenesteområde) med de kapabiliteter som er nødvendige for å kunne understøtte fremtidig forvaltning av*
- *en **teknisk grunnmur** (IKT-infrastruktur)*



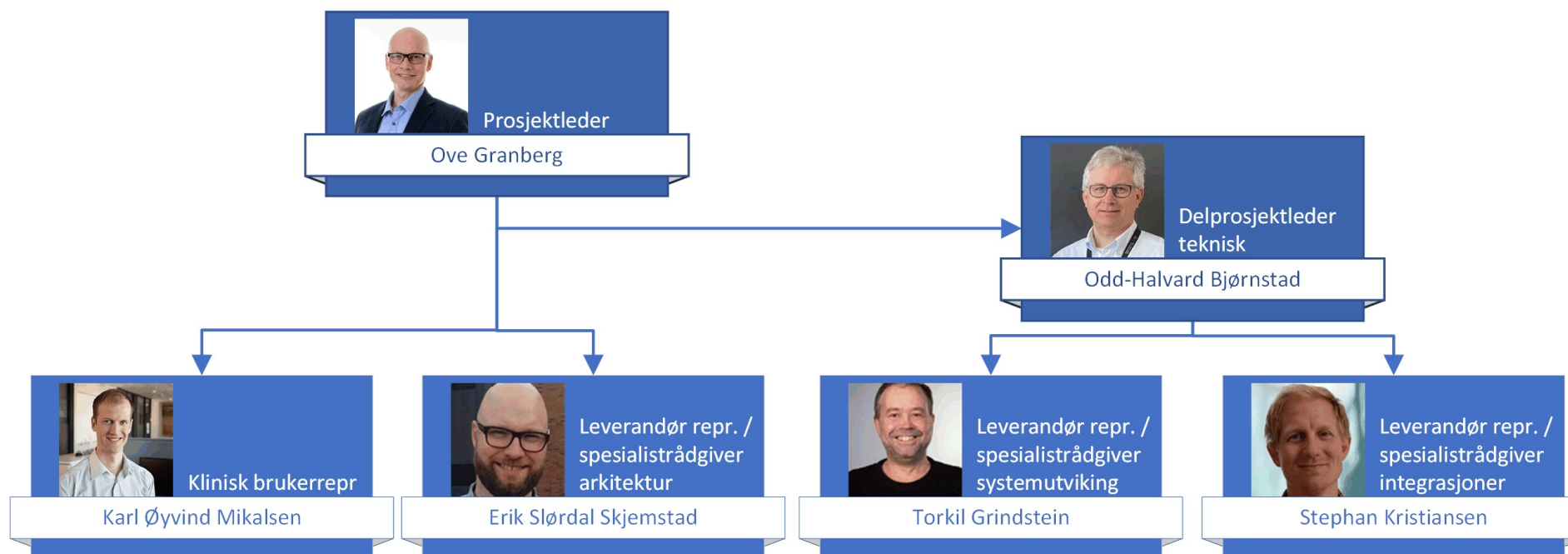
Fundament
(fagmiljø/ tjenesteområde)



Teknisk grunnmur
(Teknologi)

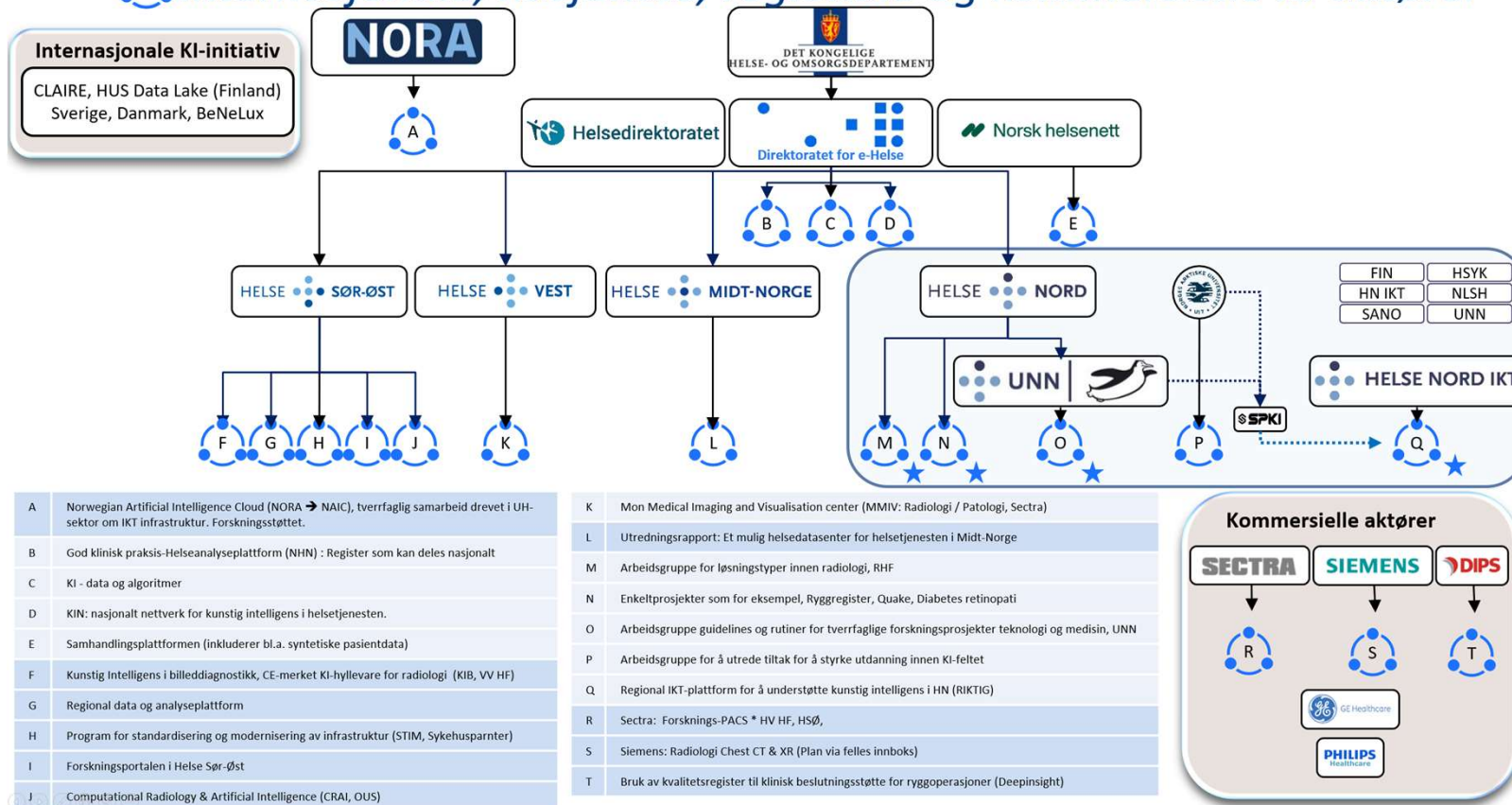


TEAMET SOM HAR ARBEIDET FREM KONSEPTRAPPORTEN



HVA GJØR ANDRE INNEN OMRÅDET FOR KUNSTIG INTELLIGENS?

Internasjonale, nasjonale, regionale og kommersielle KI-aktører



9

IDENTIFISERTE ROLLER OG INTERESSEENTER

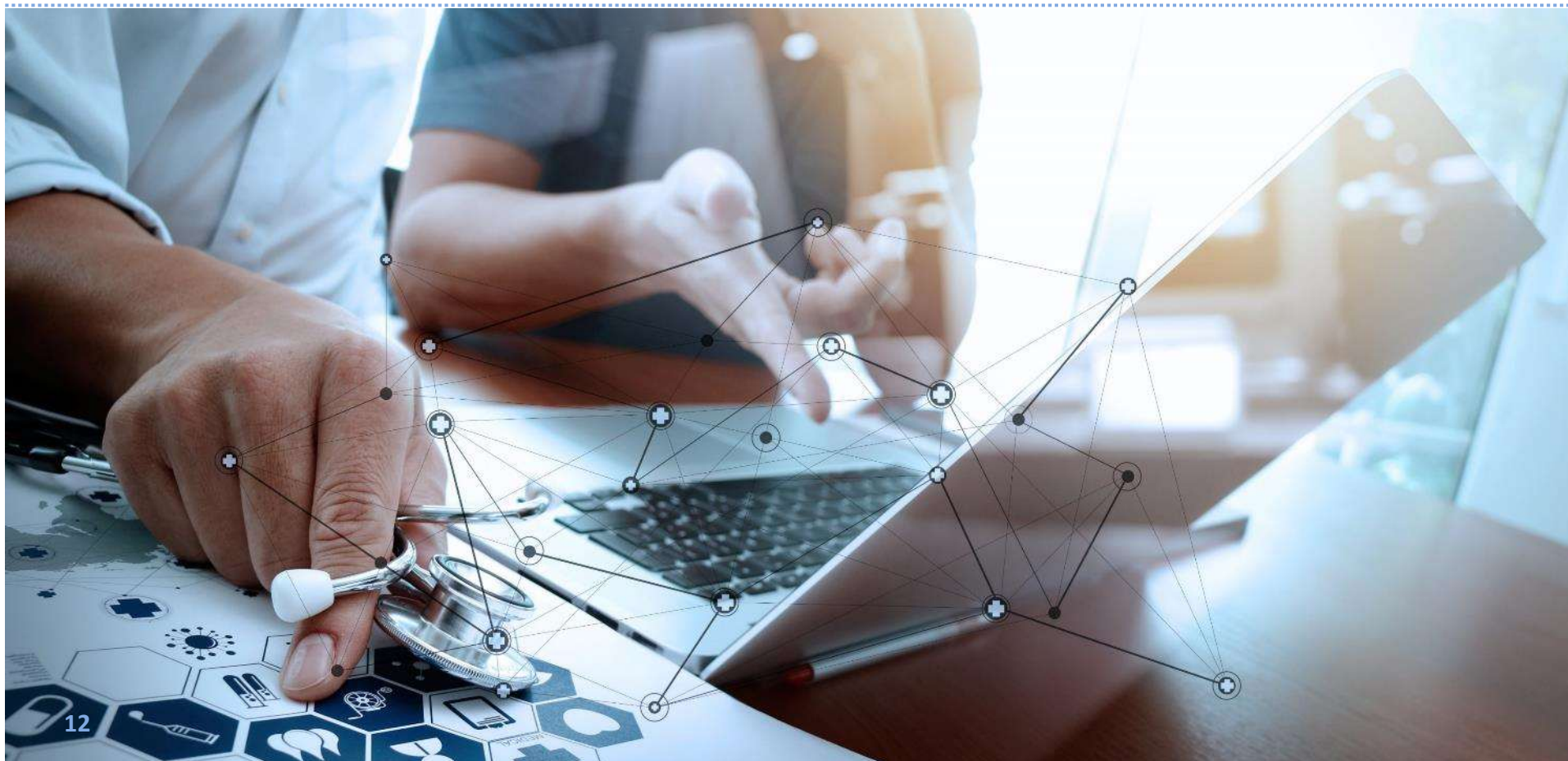
- Interne roller i HN IKT
 - Tjeneste for KI
 - Juridisk- /personvernkompetanse
 - Ressursleverandører fra linja (avdelingsledere som må avgi ressurser for å levere tjenester til en KI-tjeneste)
 - Prosesseier
 - Drift av infrastruktur – skytjenester
 - Plattformtjenester
 - Overvåkning av infrastruktur
 - Arbeidsflate
 - Applikasjonsforvaltning
 - Applikasjonsutvikling
 - Integrasjonsutvikling
 - Integrasjonsdrift
 - Identitets- og tilgangsstyring
 - Databasedrift
 - Nettverk
 - Datavarehustjenesten
 - Arkitekt
 - Samarbeidspartnere
 - Helseregionene
 - Helseregionenes IKT-organisasjoner
 - Direktoratet for e-helse
 - Andre eksterne/ premissgivere
 - Datatilsynet
 - EØS-lovgivning
 - Sentrale myndigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse)
- Roller hos kunde
 - Forsker / data scientist / KI-utvikler
 - Bestillere av tjenester (prosjekter, implementeringsprosjekter osv.)
 - Finansiering
 - Strategisk ledelse
 - Klinisk personell - testere
 - Roller hos helseforetak (dataeier)
 - Personvernansvarlig
 - Klinisk personell – brukere av ferdige løsninger
 - Eier av foretakets data
 - Eier av kvalitetsregister
 - Registerleder
 - Strategisk ledelse – innføring og utvikling
 - Roller hos eier
 - Strategisk ledelse
 - Fagråd for informasjonssikkerhet
 - Prioritering
 - Finansiering
 - Oppdragsgiver/premissleverandør for tjenesten
 - Roller hos kommersielle
 - Tilbyder av KI-tjenester
 - Tilbyder av tjeneste
 - Hardware
 - Teknisk leverandør av data (premissleverandør)
 - Teknisk leverandør av tjenestegrensesnitt (premissleverandør)

10

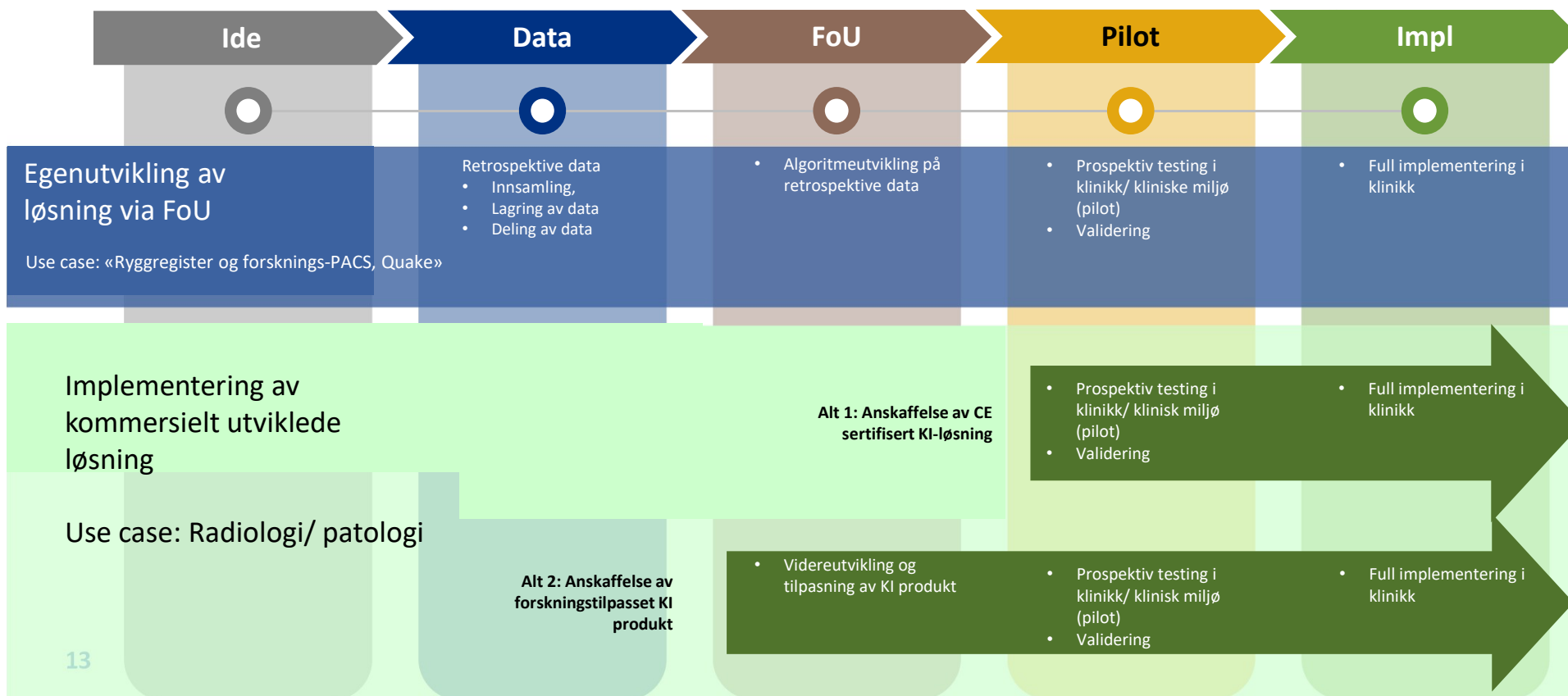
HVA GJØR DE ANDRE IKT MILJØENE I RHF-ENE?

- IKT støtte for forskning (HEMIT)
 - Utredningsrapport: Et mulig helsedatasenter for helsetjenesten i Midt-Norge
 - Etablerer et eget tjenesteområde for IKT-støtte til forskning.
- Helse Sør-Øst v/ Sykehuspartner
 - Regional data og analyseplattform
 - Program for standardisering og modernisering av infrastruktur (STIM, Sykehuspartner)
 - Forskningsportalen i Helse Sør-Øst
- Helse Vest IKT
 - Har etablert forsknings-PACS og støtter tett opp rundt arbeid med MMIV (Radiologi)

BEHOV FOR KUNSTIG INTELLIGENS I FOU OG KLINISK PRAKSIS



TO RESULTATLØP FOR KUNSTIG INTELLIGENS; KOMMERSIELLE OG EGENUTVIKLEDE → BEGGE RESULTATLØPENE HAR IKT-BEHOV!



13

KI-STRATEGIENS PRIORITERTE INITIATIV SOM REGIONAL INFRASTRUKTURPLATTFORM FOR KI MÅ UNDERSTØTTE

- Overordnet fokus på radiologi og patologi
 - Arbeidsgruppe: skal lede frem til kommersielle anskaffelser
 - Forsknings-PACS
- Satsning på egenutvikling: Prognose-, behandlings- og annen beslutningsstøtte via risikostratifisering
 - Ryggregister
 - Postoperative komplikasjoner,
 - Psykisk helse,
 - Personer med mange kroniske sykdommer

HOVEDELEMENTER FRA STRATEGI FOR KUNSTIG INTELLIGENS



- Sikre at relevante data er kvalitetssikret før lagring
- Sikre at lagrede data kan tilgjengeliggjøres til forventet tid
- Sikre at riktige verktøy og applikasjoner er godt tilrettelagt for brukeren
- Sikre at informasjonssikkerhet er ivaretatt i alle ledd
- Sikre fasilitering og testing av KI-løsninger før bruk i klinisk produksjon
- Sikre fasilitering mot operativ klinisk bruk av KI-løsninger

BEHOV KNYTTET TIL TEKNOLOGI OG FAGMILJØ I HN IKT



Teknisk grunnmur (Teknologi)

Drift og forvaltning av IKT-infrastruktur (både hardware og software) ivaretatt av et tjenesteområde

Lagring og prosessering av data

Sikkerhetsmekanismer som ivaretar personvern og informasjonssikkerhet

Støtte til implementering, validering og drift av KI-løsninger

Inneha oversikt over tilgjengelige data

16



Fundament (fagmiljø/ tjenesteområde)

Bistå i oppstart, gjennomføring og avslutning av prosjekter. Blant annet gjøre bestilling, utlevering og sletting av data smidigere

Gi brukerne trygghet på at data blir håndtert ihht. lovverk og krav til personvern

Prosedyrer og rutiner for databestilling og utprøving av KI-verktøy

Etablering og drift av sikker transport av data fra Helse Nord til eksternt tilgjengelige KI-modeller

Etablering og drift av prosjektsoner

INFRASTRUKTURBEHOV SETT MED KLINISKE OG FOU ØYNE

- Store behov for infrastrukturstøtte til FoU
 - Tilgang til data. Eks: Lagring, prosessering, deling av data på tvers av HF / regioner/ internasjonalt
- Behov for infrastrukturstøtte knyttet til implementering og bruk av KI-verktøy
 - Avgrenset behov knyttet til skyløsninger og hardware for on-premise installasjon. Leverandører som Sectra, Siemens og Dips har egne skyløsninger for kunstig intelligens
 - Er behov for tilgang til data for utprøving og validering av kommersielle verktøy.
 - Behov for tjeneste for implementering og drift av kommersielle verktøy

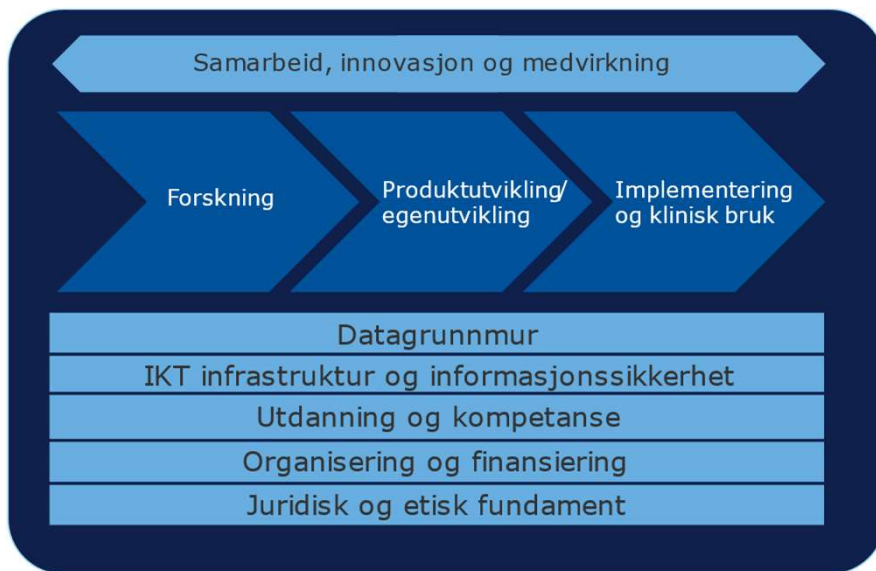
HVORDAN KAN HN IKT SVARE UT BEHOVENE INNENFOR KI?



18

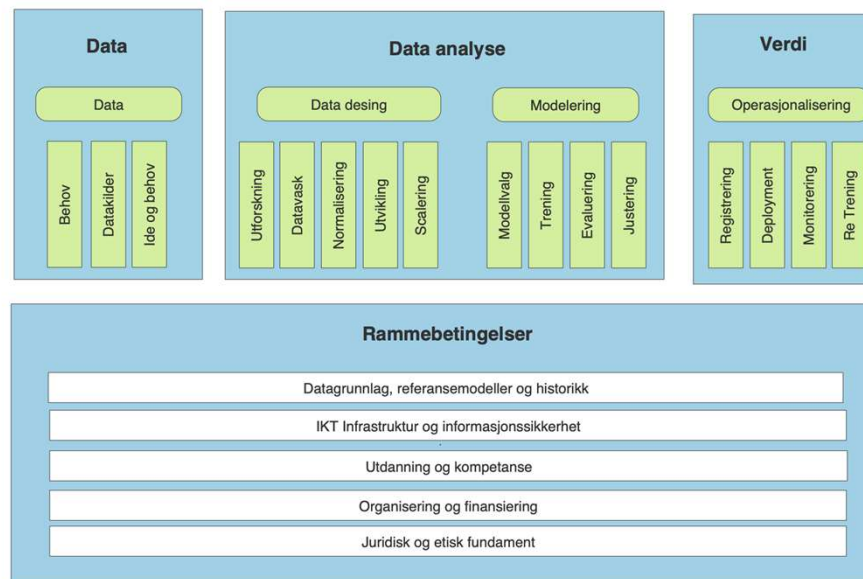
ARBEIDSOMRÅDER

Fra strategidokumentet

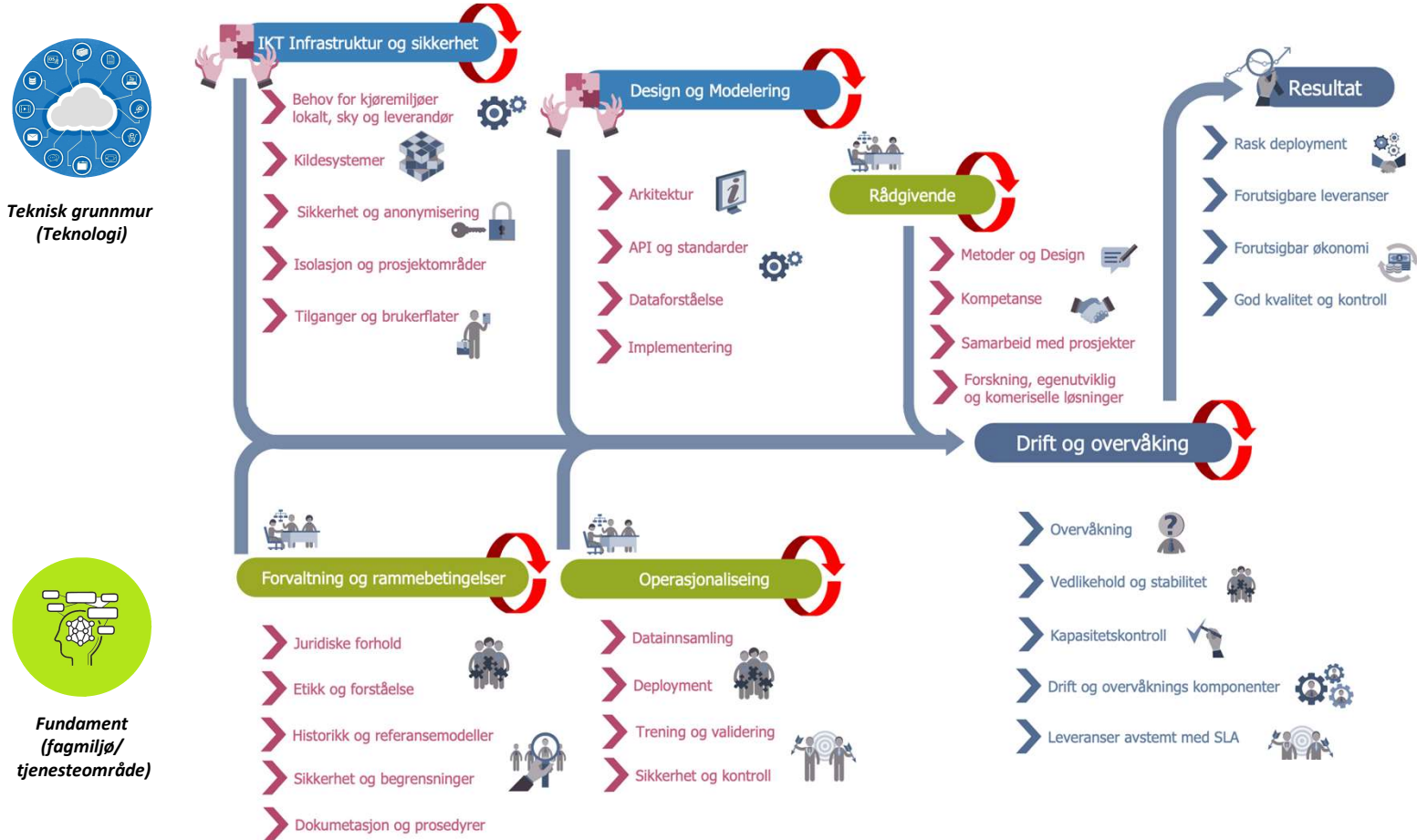


19

Hva KI innebærer



PÅKREVDE OMRÅDER SOM ET KI-PROSJEKT MÅ IVARETA



GJENBRUK AV ERFARINGER FRA TIDLIGERE VELLYKKEDE PROSJEKTER I HELSE NORD IKT

- KI prosjektet
 - Bredt fagområde
 - Behov for kompetanse
 - Støtte eksisterende behov tidlig
 - Bygge kontrollert og gradvis
 - Større presisjon i HW investeringer
 - Ta ned risiko
- Suksessfaktorer, her eksemplifisert ved integrasjonsprosjektet
 - Bygget gradvis kompetanse
 - Bygget opp infrastruktur
 - Bygget fagmiljø
 - Benyttet reelle behov (Sectra og Innsyn i journal)
 - Ble et sterkt fagmiljø som understøtter behov raskt.

21



INNLEDNING TIL KONSEPTENE



NULLALTERNATIVET

- Bruk av Helse Nord IKTs oppdragsprosess «Felles Innboks» som i dag og eksisterende infrastruktur
- Forutsetter at RHF / HF tar mer ansvar for hva som legges på infrastrukturen.
- Utvikling av både prosesser og teknologi vil skje mer organisk eller drives frem av spin-off effekter av andre prosjekter
- Vi vil fortsatt kunne bruke de verktøyene og prosessene vi har i dag.
- Forsknings-PACS vil kunne gjennomføres gjennom tjenesteområde for diagnostisk støtte

PRESENTASJON AV DE FIRE VURDERTE KONSEPTENE

Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Pilotprosjekt	Minimum driftsorganisasjon	Tjenesteorganisering	Helhetlig tjenesteleveranse KI
<i>HN IKT piloterer støtte til 1-2 prosjekter tilpasset HN IKTs forutsetninger (f.eks.. ryggregister, Quake) for å bygge erfaring og kompetanse. Deretter vurderes driftsform og organisering</i>	<i>HN IKT etablerer en driftsorganisasjon som håndterer KI-bestillinger og nyttiggjør dagens infrastruktur. Her opptre Helse Nord IKT som en teknisk leverandør, mer enn en helhetlig tjenesteleverandør</i>	<i>HN IKT etablerer et eget tjenestetteam for understøtting av kunstig intelligens som bruker 3-4 prosjekter til å bygge kompetanse og prosesser som understøtte behovene i foretakene.</i>	<i>HN IKT setter seg i førersetet og etablerer en ambisiøs satsing på kunstig intelligens for å gjøre det til det mest progressive driftsmiljøet for KI i Nord-Norge</i>
<i>Oppfyller KI-strategien i liten grad</i>	<i>Oppfyller KI-strategien til en viss grad strategien</i>	<i>Oppfyller KI-strategien i stor grad, inkl. radiologi- og patologi behovene + enkelt-prosjekt</i>	<i>Oppfyller behov også utover KI-strategien</i>

24

KONSEPTGRUPPAS VURDERING: KONSEPT 3 OG 4 SVARER BEDRE PÅ AMBISJONSNIVÅ KI-STRATEGIEN

		0-alternativ	Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Avdekte IKT-behov blant brukere	Tilgang på kapasitet på prosessering og lagring	●	●	●	●	●
	Smidig, kostnadseffektiv, gjenbrukbar og sikker oppstart, gjennomføring og avslutning av prosjekter. Blant annet smidig prosess for bestilling, utlevering og sletting av data.	●	●	●	●	●
	Felles prosjektsone som er smidig, sikker og enkel å sette opp	●	●	●	●	●
	Drift og forvaltning av IKT-infrastruktur ivaretas av et tjenesteområde i Helse Nord IKT	●	●	●	●	●
	Gi brukerne trygghet på at data blir håndtert iht. lovverk og krav til personvern.	●	●	●	●	●
	Støtte opp om prosedyrer, sjekklister og rutiner (i samarbeid med arb.gruppe ved UNN)	●	●	●	●	●
	Oversikt over tilgjengelig data	●	●	●	●	●
	Kartlegging av behov for validering og drift av KI-løsninger i forbindelse med implementering	●	●	●	●	●
	Sikker kobling mot kommersielle KI-verktøy	●	●	●	●	●
	Ivaretagelse av personvern og informasjonssikkerhet	●	●	●	●	●
Forventninger til HN IKT i strategien	Riktige verktøy og applikasjoner, godt tilrettelagt for brukeren	●	●	●	●	●
	Å fasilitere testing av KI-løsninger før bruk i klinisk produksjon	●	●	●	●	●
	Å fasilitere operativ klinisk bruk av KI-løsninger	●	●	●	●	●
	Lagring og tilgjengeliggjøring av relevante og kvalitetssikrede data til forventet tid.	●	●	●	●	●
	Informasjonssikkerhet er ivaretatt i alle ledd*	●	●	●	●	●

Punktene er hentet fra KI-strategien og i arbeidet med å avdekke IKT-behovene for brukerne

* Jf. side 31, og vedlegg side 43

25

Hvor godt konseptene svarer på på ambisjonsnivå i KI-Strategien

Lav grad ● ● ● ● ● Høy grad

SAMMENLIKNING AV KONSEPTENE



26

SAMMENLIKNING AV KONSEPTER: DEL 1 AV 3

	Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
	Pilotprosjekt	Minimum driftsorganisasjon	Tjenesteorganisering	Helhetlig tjenesteleveranse KI
Bestilling	Bestilles via Felles innboks – En felles oppdragsprosess der foretakene prioriterer.	Bestilles via Felles innboks – En felles oppdragsprosess der foretakene prioriterer. HN IKT tillegger større ansvar til eksisterende tjenesteområde (f.eks. applikasjons-/infrastrukturteneste)	RHFet prioriterer tilvalg av prosjekter som følges opp av i tjenesteområde Små bestillinger gjøres direkte til tjenesteområdet.	Tjenesteområdet håndter bestillinger og koordinerer prosjektbestillinger med porteføljekontorer. Prosjektomfang kan overstige definerte tilvalg .
Forutsetninger	Forutsetter KI-prosjekter som kan understøttes uten infrastrukturinvesteringer (som tilvalg) for HN IKT.	Fordi konseptet har begrenset prosessstøtte forutsettes det at helseforetakene må gjøre gode bestillinger for oppnå presise leveranser.	Vil kreve deltakelse fra forsknings- og KI-miljøer i foretakene for å bygge gode og raskere prosesser for prioritering, styring og implementering. HN IKT må tidlig involveres i rådgivning. Det må for hvert prosjekt følge med nødvendige rammevilkår.	Som konsept 3, i tillegg vil HN IKT i en overgangsperiode kunne ta ansvar for å bygge styringsmekanismer og strukturer hos helseforetakene. For å håndtere etterspørsel og holde moment på prosjektene vil Helse Nord IKT basere seg på innleie og større bruk av leverandører for å gjøre unna oppgaver som HN IKT ikke har kapasitet til å gjøre selv.
Gevinst	Erfaringene gjort i pilotprosjektet vil kunne gjøre prosessene rundt KI- og forskning bedre også dersom det ikke etableres en tjeneste i etterkant. Gevinsten forutsettes å vil begrenset. Redusert konsekvens for feilinvestering dersom understøtting av KI ikke bærer gjøres av HN IKT.	Redusert konsekvens for feilinvestering dersom understøtting av KI i mindre grad bør gjøres av HN IKT. Bedre utnyttelse av de ledig kapasitet vi har på infrastruktur.	En effektiv KI-tjeneste vil gjøre at KI-løsninger vil bli tatt i bruk og gi effekt tidligere. Beslutningsstøtten kommer ut i klinikkene tidligere. Gi Helse Nord et styrket renommé og markedsverdi innen KI. Bedre utnyttelse av områder der Helse Nord har komparative fortrinn.	Som konsept 3, men i tillegg bredere utvikling og implementering i forskning og KI i Helse Nord.

27

Tilvalg: Jf. Slide: KI-strategiens prioriterte initiativ som regional infrastrukturplattform for KI må understøtte

SAMMENLIKNING AV KONSEPTER: DEL 2 AV 3

	Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Tjeneste- forvaltning	<p>Pilotprosjekt</p> <p>Må eventuelt etableres etter prosjektet er ferdig.</p>	<p>Minimum driftsorganisasjon</p> <p>Ansvar legges til et eksisterende tjenesteområde, innen en applikasjons- eller infrastruktur tjeneste</p>	<p>Tjenesteorganisering</p> <p>Etablering av tjenesteområde og beskrivelse av roller via prosjekter</p> <p>Prosjektene som understøttes brukes for å bygge prosedyrer, erfaring og prosesser for tjenesteområdet</p>	<p>Helhetlig tjenesteleveranse KI</p> <p>Helse Nord IKT tar ansvar for store deler av helheten, også for rutiner</p> <p>Helse Nord IKT mer aktiv deltaker i KI- og forskningsprosjekter</p> <p>Bruk av innleie for å ta inn over oss alle behov og ta inn slakk</p>
Teknisk infrastruktur	<p>Bruk av eksisterende infrastruktur så langt dette passer, eventuelt bruk av kommersiell tilbyders (public cloud)</p>	<p>Bruk av eksisterende infrastruktur så langt dette passer, eventuelt bruk av kommersiell tilbyders (public cloud)</p>	<p>Utvikling av bruk- og anskaffelse av infrastruktur via et bredere spekter av prosjekter som vil drive KI-området som helhet</p> <p>Investeringer i infrastruktur er basert på behov og strategisk forankring</p>	<p>Anskaffelse av eget kjøremiljø for å proaktivt håndtere behov vi ser vil komme.</p> <p>Gjøre markedstilpasset oppbygging av hardware og tjeneste først og gjør denne tilgjengelig for brukerne og kommende initiativ</p> <p>Ha kapasitet til å tilby nasjonale løsninger</p>
Organisering / Etablering	<p>Et minimum av tjenesteorganisering gjennom prosjekt.</p>	<p>Vil kreve et mindre OU-prosjekt for å øke kompetanse og kapasitet</p>	<p>Etablering av tjenesteområdet vil gjennomføres ved oppbemanning og utvikling sammen med de prioriterte prosjektene</p>	<p>Et større OU-prosjekt der HN IKT oppbemannet og etablerer kompetanse og roller tilpasset behov, men i et eget prosjekt.</p>

28

SAMMENLIKNING AV KONSEPTER: DEL 3 AV 3

	Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
	Pilotprosjekt	Minimum driftsorganisasjon	Tjenesteorganisering	Helhetlig tjenesteleveranse KI
Ressursbehov (oppbemanning)		Ca. 1,5 -2 årsverk hovedsakelig på drift	3-6 årsverk fordelt på tjenesteforvaltning og driftsorganisasjon	7-10 årsverk
Kostnadsestimat ressurser	Prosjekt: 4 millioner kroner <i>*kostnader avhenger av graden av innleie</i>	Drift: 2-3 millioner kroner årlig <i>*kostnader avhenger av graden av innleie</i>	Drift: 6-8 millioner kroner årlig <i>*kostnader avhenger av graden av innleie</i>	Drift: 11-13 millioner kroner årlig <i>*kostnader avhenger av graden av innleie</i>
Infrastruktur-kostnader*	Eventuelle behov for infrastrukturinvesteringer må utredes og evalueres i planfase	Eventuelle behov for infrastrukturinvesteringer må utredes og evalueres i planfase	Eventuelle behov for infrastrukturinvesteringer må utredes og evalueres i planfase	Eventuelle behov for infrastrukturinvesteringer må utredes og evalueres i planfase
Skalerbarhet	Skalerbart innenfor prosjektperioden.	Noe skalerbart. Ekstra ansettelse vil kunne føre til at flere oppgaver blir løst innenfor det ansvaret som ligger til HN IKT.	Forutsatt rammebetingelser kan tjenesteområdet ekspanderes både på roller og bemanning innenfor oppgavene i konseptet. Skaleres etter behov og investeringsvilje.	Mer skalerbart enn konsept 3 siden omfanget ikke er bundet opp i konkrete prosjekter.
Tilvalgsmuligheter	Kan mulig inn 1-2 ekstra prosjekter å understøtte.	Noe skaleringsmuligheter på oppdragsmengde, men dersom kompleksiteten økes vil det tilsvare konsept 3	Ved en økt satsing vil dette kunne ta inn flere beslektede områder som forskning, presisjonsmedisin, datadeling.	Mulighetene for tilvalg minst som konsept 3, muligens mer.
Drift	Håndteres av prosjektet i prosjektperioden og må eventuelt ivaretas av tilhørende tjenesteområde etterpå.	HN IKT har stort sett kun ansvar for infrastruktur og integrasjoner. Øvrig drift ivaretas av tilhørende tjenesteområde	KI-tjenesteområdet håndterer drift av det som er direkte knyttet mot KI og koordinerer tilgrensende aktiviteter mot øvrige tjenesteområder.	Totalleverandør av applikasjon, metodestøtte, infrastruktur. Kan avlaste andre

29

* Strategidokument overordnet på detaljer. Tilvalgskandidater er ikke prioritert.

HVA ER INKLUDERT I KONSEPTENE?

	Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Hva er inkludert i konseptet?	Pilotprosjekt <ul style="list-style-type: none"> • Understøtting av 1-2 prosjekter, bemanningsmessig og infrastruktur • Nyttiggjørelse av dagens infrastruktur • Prosjektorganisasjon 	Minimum driftsorganisasjon <ul style="list-style-type: none"> • Oppbemanning for håndtering av KI og forskning lagt til et eksistering infrastruktur • Nyttiggjørelse av dagens infrastruktur 	Tjenesteorganisering <ul style="list-style-type: none"> • Etablering av en tjeneste som skal bygges opp gjennom understøtting av gitte prosjekter • Håndtering av bestillinger utover prosjektene • Egne prosesser for prioritering av bestillinger / prosjektinitiativ • Nødvendige prosesser, prosedyrer og annet relevant • Nyttiggjørelse av dagens infrastruktur 	Helhetlig tjenesteleveranse KI <ul style="list-style-type: none"> • Etablering av en tjeneste som skal fungere som en serviceorganisasjon for KI- og forskning • Etableringsprosjekt som setter opp tjenesten • Et tjenesteområde som er en proaktiv aktør
Hva er ikke inkludert i konseptet?	<ul style="list-style-type: none"> • Driftsorganisasjon • Eventuelle Infrastrukturinvesteringer • Ivaretagelse av løpende bestillinger og aktiviteter utenfor de valgte prosjektene • Investering i forsknings-PACS (tilvalg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektspesifikke infrastrukturinvesteringer • Investering i forsknings-PACS (tilvalg) • Implementeringsprosjekt for bruk av skyløsninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektspesifikke infrastrukturinvesteringer • Investeringer i forsknings-PACS (tilvalg) • Implementeringsprosjekt for bruk av skyløsninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektspesifikke Infrastrukturinvesteringer • Investeringer i forsknings-PACS (tilvalg) • Implementeringsprosjekt for bruk av skyløsninger
Hva krever dette av foretakene og RHF?	<ul style="list-style-type: none"> • Det må følge finansiering og rammevilkår* med prosjektene som konseptet skal understøtte 	<ul style="list-style-type: none"> • Det må følge finansiering og rammevilkår* med prosjektene som konseptet skal understøtte 	<ul style="list-style-type: none"> • Det må følge finansiering og rammevilkår* med prosjektene som konseptet skal understøtte 	<ul style="list-style-type: none"> • Det må følge finansiering og rammevilkår* med prosjektene som konseptet skal understøtte

30

* Handlingsrom for å estimere, planlegge og etablere prosjektorganisasjonen

INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN

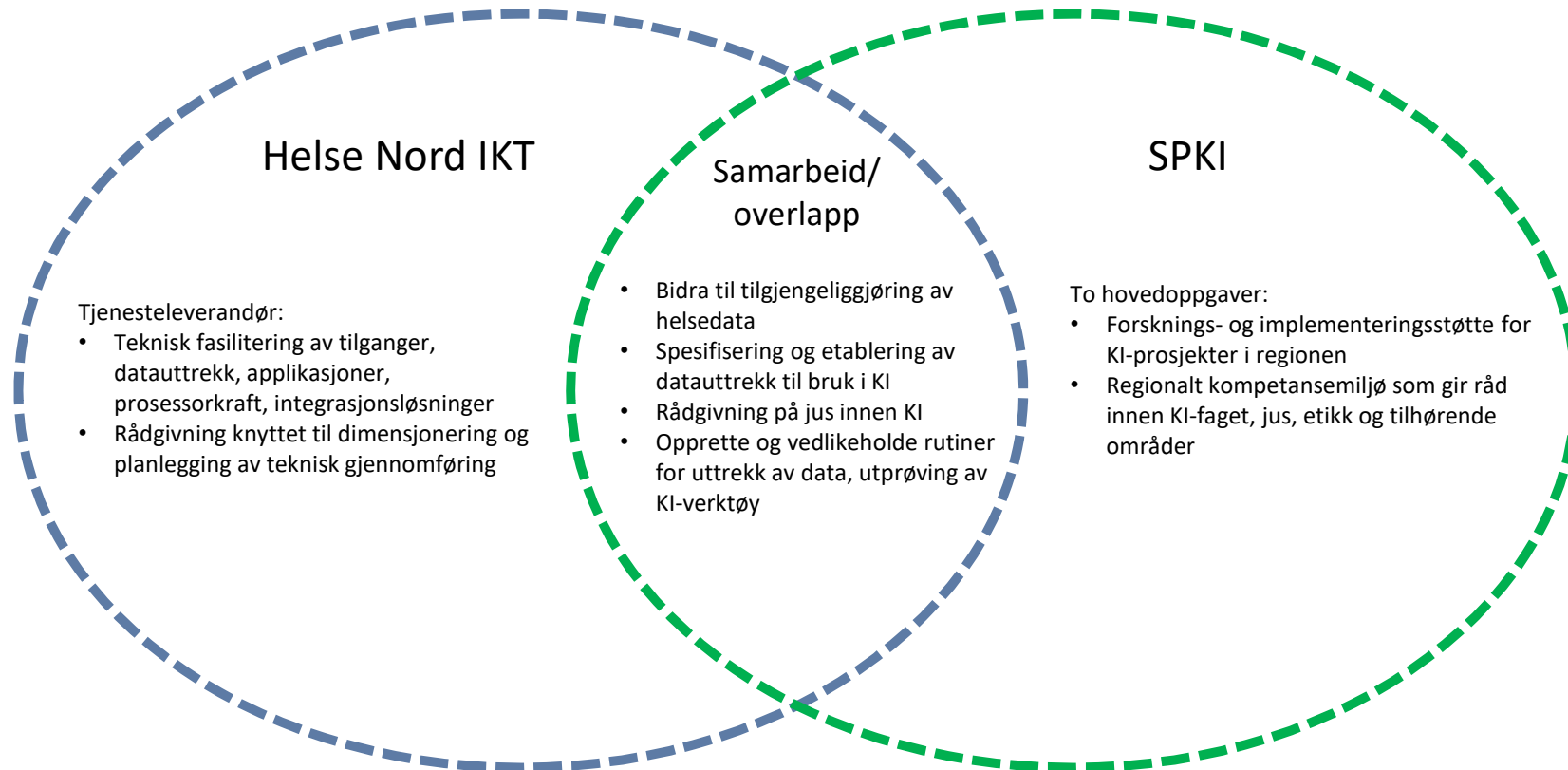
	Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
	Pilotprosjekt	Minimum driftsorganisasjon	Tjenesteorganisering	Helhetlig tjenesteleveranse KI
Overordnet beskrivelse	Pilotprosjektet vil gi erfaringer gjennom prosjektet, men ansvaret vil måtte ivaretas over tid av eksisterende sikkerhetsorganisasjon	Ivaretas av eksisterende sikkerhetsorganisasjon.	Drives i forlengelse av bestillinger fra prioriterte initiativ og prosjekter fra RHF.	Proaktivt. Grunnfinansiering av ressurser (av blant annet sikkerhetsressurser) gjør at sikkerhet kan planlegges tidligere.
Bemanning på IKT-sikkerhet og personvern	Innleie (eksternt eller internt) i forbindelse med pilotprosjektet. Bruk av ressurser i foretakene/SKDE	Bruk av eksisterende IKT-sikkerhetsressurser fra HN IKT. Bruk av ressurser i foretakene/SKDE	Innleie (eksternt eller internt) i 18-24 måneder, koordineres med faste ansettelse. Bruk av ressurser i foretakene/SKDE	Innleie i påvente av ansettelse. Bruk av ressurser i foretakene/SKDE
Styring/organisering av IKT-sikkerhet	Ivaretas av driftsorganisasjonen.	Ivaretas av driftsorganisasjonen.	Tilpasning av sikkerhetsmekanismer Egen applikasjonsdistribusjon / pakkebrønn	Egne sikkerhetsmekanismer Egen applikasjonsdistribusjon / pakkebrønn
Sikring av infrastruktur	Ivaretas av driftsorganisasjonen.	Ivaretas av driftsorganisasjonen.	Egne prosjektsoner med perimetersikring	Egne prosjektsoner med perimetersikring
Autentisering og tilgangsstyring	Ivaretas av driftsorganisasjonen.	Ivaretas av driftsorganisasjonen.	Tilpasning til KI-området	Tilpasning til KI-området

Se vedlegg for mekanismer innenfor de forskjellige IKT-sikkerhetsprinsippene

HENSYN TIL DATADELING OG DATAKVALITET

- KI-strategien nevner at det er viktig å kunne tilgjengeliggjøre data til forventet tid og at relevante data er kvalitetssikret.
- Kan oppnås gjennom å standardisere prosess(er) for bestilling/utlevering av data og utprøving av KI-verktøy for å sikre bedre kostnadseffektivitet, gjenbrukbarhet og sikkerhet.
- Et slikt arbeid er allerede påbegynt av en arbeidsgruppe ledet av UNN. Må bearbeides og videreutvikles ved en eventuell etablering av ny tjeneste i HN IKT.
- Aktivitetene i prosessen (inkludert oppstartsmøte, tidsestimat, kostnadsestimering, juridisk veiledning, godkjenninger, datautleveringer) krever en prosessmessig understøtting og dialog med Helse Nord IKT.
- Slik vil de ulike konseptene svare ut de overnevnte behov:
 - Konsept 1 er et pilotprosjekt og etablering av nødvendig rådgiving forutsetter etablering av en driftsorganisasjon i etterkant av prosjektet
 - Konsept 2 der Helse Nord IKT opptrer mest som en teknisk leverandør er ikke rigget for å bedrive stor grad av rådgiving.
 - Konsept 3 og 4 vil kunne understøtte prosesser for datadeling med rådgiving og samarbeid på problemstillinger knyttet til det tekniske. Det er også mulig å underbygge med arkitekturutvikling for tryggest og best mulig fasilitering av datadelingen.
 - Konsept 3 og 4 vil også være best egnet til å gi rådgivning for å understøtte tiltak for bedring av registrerings- og datakvalitet.

FORDELING AV ANSVAR MELLOM HELSE NORD IKT OG SPKI



33

Figuren viser i hovedsak områder der det kan være tvil om ansvarsfordeling.



OPPSUMMERING OG ANBEFALING AV KONSEPT



34

GENERELL VURDERING AV KONSEPTENE

I tillegg til nullalternativ er fire ulike konsepter presentert. Hvert konsept er "levedyktige" i den forstand at de ivaretar **fra deler til hele** ambisjonsnivå i KI-strategi gjennom prinsipielt ulike leveranser med tilhørende kompetanse.

Prosjektgruppen tilråder konsept 3.

Det er nødvendig at det etableres en forståelse for at det å tilby en KI infrastruktur med tilhørende tjenesteforvaltning vil kreve trinnvis oppbygging til robust forvaltningsteam med nødvendige støttefunksjoner.

Konseptene differensierer seg i all hovedsak på ambisjonsnivå med tilhørende investering i utvikling av kompetanse i påkrevde roller og investering i anskaffelser.

Med andre ord, et høyt ambisjonsnivå (konsept 4) for leveranser krever tilhørende "alle roller dekket".

Et minimum (konsept 1-2) av ivaretagelse i årene fremover gir et lavere kostnadsnivå.

DETALJERTE KOSTNADSELEMENTER PER KONSEPT

Rolle-, kompetanse og investeringsbehov	Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
	Pilotprosjekt	Minimum driftsorganisasjon	Tjenesteorganisering	Helhetlig tjenesteleveranse KI
	HN IKT	HN IKT	HN IKT	HN IKT
Prosjekteier	20 %			
Prosjektleder	100 % - innleie		50 % mulig innleie i oppstart	100 % - innleie
Tjenesteansvarlig		50 %	100 %	100 %
Kundeoppfølger				20 %
Arkitekt	40 %	20 %	50 % - noe innleie	100 % noe innleie
Test / sikkerhet / utvikling	150 % mulig noe innleie	20 % mulig innleie	200 % - noe innleie	350 % noe innleie
Integrasjonsutvikler	50 %	20 %	20 %	50 %
Fagansvarlig			50 %	100 %
Driftspersonell infrastruktur		50 %	50 %	
Kompetansebygging				
Kompetansebygging	200'	700'	1 000'	1 500'
Infrastrukturkostnader	<i>Eventuelle behov for infrastrukturinvesteringer må utredes og evalueres i planfase</i>	<i>Eventuelle behov for infrastrukturinvesteringer må utredes og evalueres i planfase</i>	<i>Eventuelle behov for infrastrukturinvesteringer må utredes og evalueres i planfase</i>	<i>Eventuelle behov for infrastrukturinvesteringer må utredes og evalueres i planfase</i>
Lisenskostnader	<i>Må utredes for teknologivalgene i hvert område (f.eks. utvidelser av SAS Institute)</i>	<i>Må utredes for teknologivalgene i hvert område (f.eks. utvidelser av SAS Institute)</i>	<i>Må utredes for teknologivalgene i hvert område (f.eks. utvidelser av SAS Institute)</i>	<i>Må utredes for teknologivalgene i hvert område (f.eks. utvidelser av SAS Institute)</i>
Eksterne konsulenter	<i>Utredes mer i planfase</i>	<i>Utredes mer i planfase</i>	<i>Utredes mer i planfase</i>	<i>Utredes mer i planfase</i>
Estimert kostnader	Ca. 4 MNOK	2 – 3 MNOK pr år	6 – 8 MNOK pr år	11 – 13 MNOK pr år

Roller og ansvar i RHF/HF (styring, prioritering med mer) må følges videre opp planfasen

INFORMASJON OM VIDERE PLAN



LEDELSESPRODUKTENE TIL PLANFASEN

STYRENDE DOKUMENTER OG BESLUTNINGSUNDERLAG

Konseptrapport
(PowerPoint presentasjon)

LEDELSESPRODUKTER TIL BESLUTNINGSPUNKT 2 (BP2) *

- Prosjektbegrunnelse
- Prosjektforslag
- Faseplan for planfase

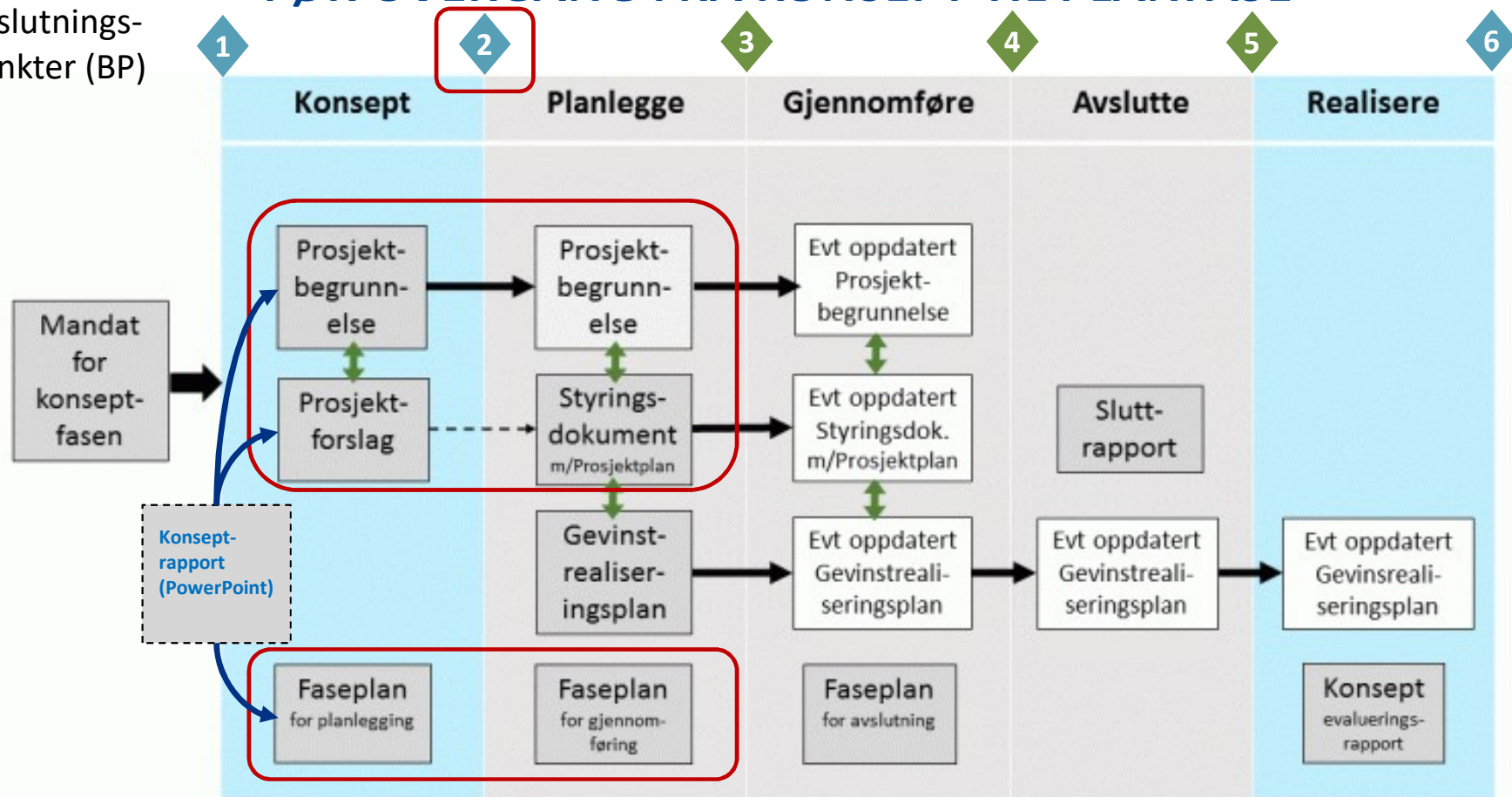
** Etter denne konseptrapporten vil det i løpet av februar oversendes ledelsesprodukter for formell behandling. I forlengelse av oversendelsen vil prosjektet avvente endelig tilbakemelding om valgt konsept.*

38

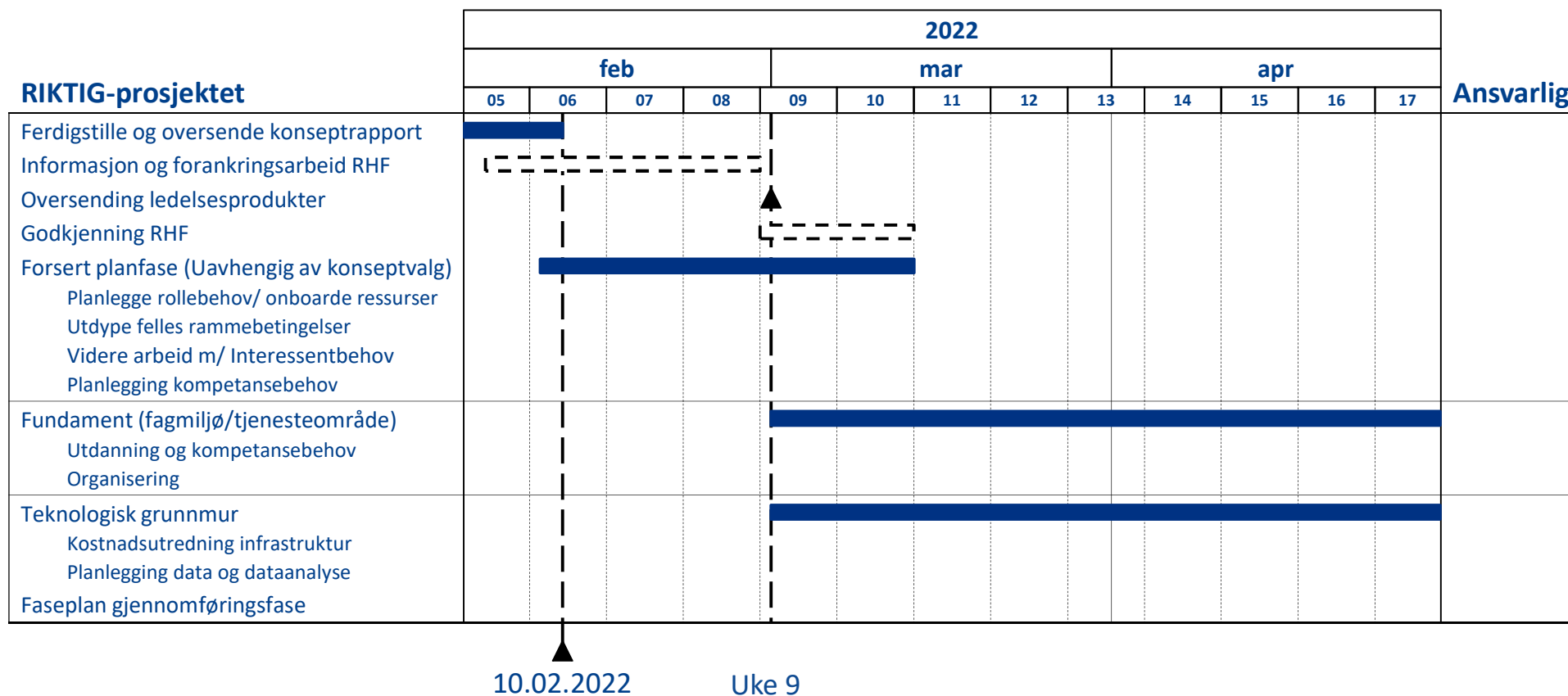


BESLUTNINGSPUNKT 2: BEHANDLING AV LEDELSESPRODUKTENE FØR OVERGANG FRA KONSEPT TIL PLANFASE

Beslutningspunkter (BP)



OVERORDNET FASEPLAN FOR PLANFASE



VIKTIGE AKTIVITETER I PLANFASE

- Organisatorisk
 - Planlegge for etablering av KI som eget tjenesteområde i HN IKT som understøtter utvikling fra forskning til praktisk anvendelse av i klinikk
 - Innta en rådgivende rolle fra HN IKT i nasjonale samarbeidsfora på KI
 - Samarbeide med andre RHF og HF på nasjonalt nivå
 - Utrede gevinst, nytte-/ kost for valgte konsepter
 - Planlegge for organisatoriske, strukturelle og funksjonelle behov og konsekvenser til valgte konsepter
- Teknologisk:
 - Trinnvis utvikling og tilrettelegging av teknologisk infrastruktur for KI i strategiperioden
 - Etablere et Road Map for utvikling, anskaffelse, integrering og anvendelse av KI-teknologi

VEDLEGG



42

MEKANISMER HN IKT HAR FOR Å IVARETA IKT-SIKKERHET

- Integritet
 - Data loss prevention
 - Backup-rutiner
 - Tilgangskontroll
 - Kryptering av data som er lagret (at rest) og som overføres (in transit)
 - Styring av sikkerhet (styringssystem, governance, konfigurerer av integrasjoner)
- Konfidensialitet
 - Identitets- og tilgangsstyring
 - Autentisering
 - Kryptering av data som er lagret (at rest) og som overføres (in transit)
 - Perimetersikring (brannmur)
 - Sikring av applikasjoner, nettverk og enheter
 - Oppdatering og sikring av OS, antivirus etc
 - Understøtte sikkerhetskultur
- Tilgjengelighet
 - Rutiner for backup & disaster recovery
 - Failover mellom datasentre for redundans sikrer oppetid på kritiske tjenester
 - Fysisk sikring og fysiske tiltak (strømforsyning, kjøling, fuktighetsregulering)
 - Livssyklus håndtering på hardware
 - Fjernaksess
 - Drifts- og sikkerhetsovervåking (sårbarhetsanalyse, monitorering, hendelsehåndtering)

43



TILLEGGSBESKRIVELSE K1: PILOTERING AV STØTTE TIL ENKELTPROSJEKTER

Oppsummering

- **Gjennomføring av pilot:** Ingen etablering av driftsorganisasjon før ev. etter prosjektet
- **Understøtting:** Plukke 1-2 prosjekter som er tilpasset HN IKTs forutsetninger for understøtting av kunstig intelligens
- **Lite utvikling :** Tilpasning av verktøykassen «as is» der dette passer, eventuelt bruk av kommersiell tilbyders infrastruktur / public cloud
- **Smalt fokus:** Scopes til et bestemt prosjekt og gir lite generaliserbare gevinster

Fordeler

- **Erfaringsbygging:** Et minimum som kan levere produkt på kortere sikt og gi oss erfaringer å bygge på
- **Lavere risiko:** Slipper å risikere feilinvesteringer siden beslutning om å sette i drift kommer etterpå

Ulemper

- **Løser ikke alle behov:** Løser få av behovene skissert av brukerne. Krever tilvalg og videre utvikling i etterkant.
- **Gir ikke ferdig tilstand:** Ikke selvgående etter prosjektperioden.
- **Tid:** Vil gjøre at utviklingen drar ut i tid.

Teknisk grunnmur

- **Eksisterende infrastruktur:** Stor grad bruk av dagens infrastruktur (SKM, SAS Grid, Oracle Exadata)
- **Ekstern sky:** Bruk av Offentlig skyløsning der dette er mulig og formålstjenlig

44

Ansvar HN IKT

- Helse Nord IKT deltar i de utvalgte prosjektene og setter opp infrastruktur og applikasjoner, og veileder på informasjonsuthenting- og behandling.

Ansvar RHF

- Prioriterer prosjekt(ene) som inngår. Støtter opp med rammer og finansiering for foretakene som gjennomfører prosjektet.

TILLEGGSBESKRIVELSE K2: MINIMUM DRIFTSORGANISASJON

Oppsummering

- **Driftsorganisasjon:** HN IKT etablerer driftsressurser som håndterer KI-bestillinger og nyttiggjør dagens infrastruktur, gjerne gjennom styrking av eksisterende tjenestoområder
- **Teknisk leverandør:** Her opptrer Helse Nord IKT som en teknisk leverandør, mer enn en helhetlig tjenesteleverandør
- **Bestillinger:** Skjer fortsatt gjennom felles Innboks, men med mulighet for økt prioritet på grunn av dedikerte ressurser
- **Mindre utvikling:** Det vil være mindre OU-utvikling av KI som fagområde i HN IKT.

Fordeler

- **Lavere kostnader:** Etableringen blir rimeligere på grunn av det lave omfanget.
- **Bruker eksisterende teknologi og tjenestoområder** vi har etablert i dag, via for eksempel infrastruktur og integrasjon

Ulemper

- **Prosess:** blir svake på prosess og overlater mer av ansvaret for dette til foretakene.
- **Løser ikke alle behov:** Løser ikke alle aspektene av behovene skissert av brukerne.
- **Tid:** Vil mest sannsynlig fortsatt ha ventetid på leveringer, spesielt på grunn av at virksomhetssiden utvikles lite.

Teknisk grunnmur

- **Eksisterende infrastruktur:** Stor grad bruk av dagens infrastruktur (SKM, SAS Grid, Oracle Exadata)
- **Ekstern sky:** Bruk av Offentlig skyløsning der dette er mulig og formålstjenlig

45

Ansvar HN IKT

- Helse Nord IKT setter opp tekniske løsninger ut fra bestillinger
- HN IKT deltar i prosjekter etter forespørsel

Ansvar RHF

- RHF og HF må gjøre bestillinger. På grunn av at HN IKT deltar mer som teknisk leverandør vil det kreve at disse er mer spisset/konkret.

TILLEGGSBESKRIVELSE K3: TJENESTEORGANISERING

Oppsummering

- **Eget tjenesteområde:** HN IKT etablerer en egen tjeneste for understøtting av kunstig intelligens
- **Bygger rundt prosjekter:** Etableringen bruker 3-4 prosjekter til å bygge kompetanse og prosesser som skal understøtte behovene i foretakene
- **Smører andre områder:** Pågående KI-initiativ innenfor andre tjenesteområder (for eksempel radiologi) ved at KI-området kan ta KI- og forsknings-aktivitetene for å skjerme driftsoppgaver og ta bort unødig ventetid

Fordeler

- **Ambisjonsnivå:** Relativt stort ambisjonsnivå sammenlignet med andre regioner.
- **Bygges på behov:** Foretakenes behov og aktuelle prosjekter styrer utviklingen av området

Ulemper

- **Reaktivt:** Alternativet gir ikke automatisk en teknisk plattform uten at det er etterspurt.
- **Tid:** Konseptet vil innebære en lengre innfasingsperiode enn konsept 4

Teknisk grunnmur

- **Eksisterende infrastruktur:** Stor grad bruk av dagens infrastruktur (SKM, SAS Grid, Oracle Exadata)
- **Ekstern sky:** Bruk av Offentlig skyløsning der dette er mulig og formålstjenlig
- **Utvikling og etablering av ny infrastruktur:** Nyetablering og utvikling skjer ut fra strategiske prioriteringer

Ansvar HN IKT

- HN IKT setter opp egne bestillingsprosesser
- HN IKT tar et ansvar for forretningsutvikling av tjenesteområdet.

Ansvar RHF

- HN RHF må delta og legge premisser for utviklingen av HN IKTs strategiske satsing på KI og hvilke initiativer/fagområder som skal prioriteres

TILLEGGSBESKRIVELSE K4: HELHETLIG TJENESTELEVERANSE KI

Oppsummering

- **Eget tjenesteområde med proaktivt fokus:** HN IKT etablerer en egen tjeneste som skal bygge opp KI- og forskningsområdet
- **OU før prosjekter:** Etablering av tjenester og prosesser uavhengig av prosjekter for å også kunne møte fremtidige bestillinger/initiativ som forventes
- **Smører andre områder:** Pågående KI-initiativ innenfor andre tjenesteområder (for eksempel radiologi) ved at KI-området kan ta KI- og forsknings-aktivitetene for å skjerme driftsoppgaver og ta bort unødig ventetid
- **Nasjonal rolle:** Tjenesteområdet vil være så utbygd at vi kan ta inn nasjonale oppgaver

Fordeler

- **Ambisjonsnivå:** Stort ambisjonsnivå.
- **Katalysator for nye prosjekter:** Kan tilgjengeliggjøre teknologi som vil drive prosjektideer

Ulemper

- **Kostnadsdrivende:** Vil koste mye mer enn de andre alternativene og drive store kostnader på infrastruktur og tilhørende investeringer
- **Ineffektivt:** Må påregne at effektiviteten pr krone er noe lavere fordi det legges opp til å bruke tid på ting som ikke er drevet av prosjektbehov

Teknisk grunnmur

- **Eksisterende infrastruktur:** Bruk av dagens infrastruktur (SKM, SAS Grid, Oracle Exadata) og utbygging av denne.
- **Ekstern sky:** Utforskning og etablering av miljøer i forskjellige skyløsninger.
- **Utvikling og etablering av ny infrastruktur:** ⁴⁷ investeringer i infrastruktur der dette er interessant

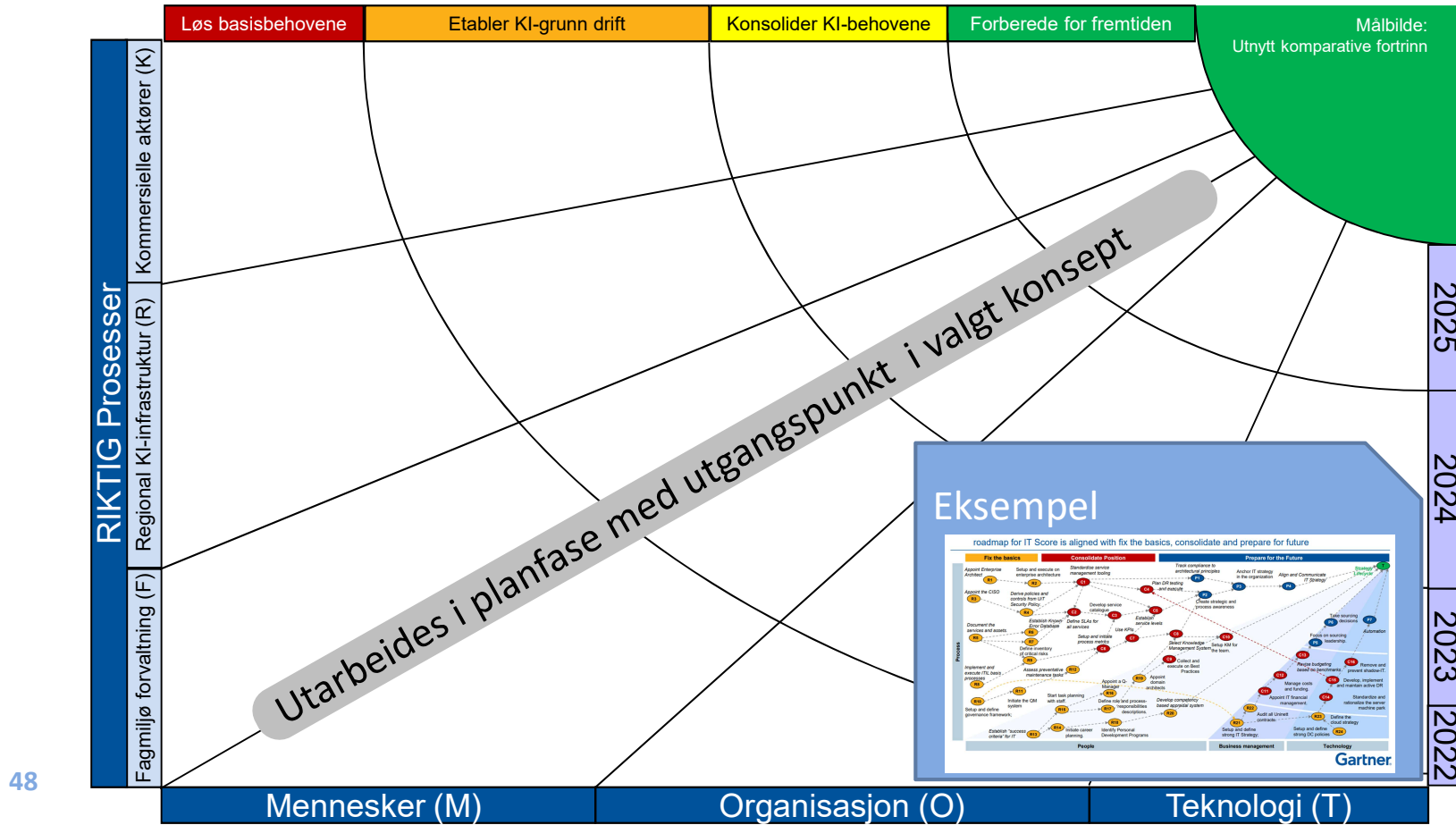
Ansvar HN IKT

- HN IKT setter opp egne bestillingsprosesser og oppfølging av miljøene
- HN IKT vil innta en proaktiv rolle som teknologiutvikler

Ansvar RHF

- Drivkraften for utvikling av KI vil forventes å bli stor og RHF må legge mer ressurser i oppfølging, prioritering og eierstyring av KI-området
- Vil kreve modenhet hos mottakerorganisasjonene

VEDLEGG: TRANSFORMASJONSDIAGRAM / ROADMAP



48

Helse Nord

Styrking av utdannings- og opplæringstilbud innrettet mot kunstig intelligens (KI) i helsetjenesten - rapport fra arbeidsgruppe

Bakgrunn og arbeidsgruppens sammensetning

I møte av 04.10.2021 mellom UiT og Helse Nord RHF/ UNN ble det besluttet at UiT tar ansvar for å nedsette en arbeidsgruppe for å «utrede mer detaljert hvilke konkrete tiltak som bør iverksettes for å styrke utdannings- og opplæringstilbud innrettet mot kunstig intelligens (KI) i helsetjenesten» i tråd med Helse Nord sin strategi kap. 1.4.3. Arbeidsgruppens frist for å levere rapporten er 01.09.2022.

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Prodekan utdanning Helsefak Astrid Gramstad
- Rolv-Ole Lindsetmo, klinikkjef/ professor UNN/IKM
- Karl Øyvind Mikalsen, førsteamanuensis IKM og leder SPKI, UNN
- Alexander Horsch, professor IFI, NT fak
- Solveig Hofvind, professor IHO

Arbeidsgruppen ble ledet av prodekan Astrid Gramstad.

I tillegg har seniorrådgiver Sølvi Brendeford Anderssen fra FUF, fellesadministrasjonen UiT, bidratt i skriving og ferdigstilling av rapporten.

Arbeidsgruppen har hatt 11 møter. I tillegg har det vært avholdt møter med eksterne studieledere ved aktuelle undervisningsopplegg/ emner.

Mandat

I Helse Nord sin *Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025* (Styresak 71-2021 vedlegg 1) kap. 1.4.3: Nødvendig kompetanse for å utvikle og ta i bruk KI-løsninger, står følgende:

Å ta i bruk ny teknologi, krever ny kompetanse. Det er derfor nødvendig å styrke både bredde- og dybdekompetansen innen KI blant ledere og ansatte i helsetjenesten. Et kompetanseløft vil ikke bare øke kunnskap og ferdigheter, men også bidra til å styrke helsepersonellens interesse og forståelse for KI; økt kunnskap forventes også å øke tilliten hos helsepersonell til å ta KI i bruk. Tiltakene for å oppnå dette, må settes inn på flere nivåer, både i grunn- og videreutdanningene

for helsepersonell, og gjennom målrettet opplærings- og kursvirksomhet. KI-feltet innen helse er tverrfaglig, noe som må gjenspeiles i utdannings- og opplæringstiltakene.

- I samarbeid med utdanningsinstitusjonene legges undervisning om KI inn i grunnutdanning og spesialistutdanning av leger og annet helsepersonell
- Etablering av tilpassede utdannings- og opplæringstilbud for annet helsepersonell (sykepleiere, radiografer, stråleterapeuter, fysikere, bioingeniører, fysioterapeuter, farmasøyter mv.)
- Det etableres etterutdanningstilbud om KI for universitetsansatte undervisere
- Profesjonstilpassete e-læringskurs legges inn i kompetanseportalen for helsepersonell
- Styrke hybridkompetanse innen KI-feltet ved å etablere masterutdanninger i KI/e-helse for medisinerne og annet helsepersonell
- Sikre tilstrekkelig spisskompetanse innen maskinlæringsteknologi gjennom rekruttering av teknologiutdannet personell på høyeste nivå (5-årig Master og ph.d.-nivå)
- Sørge for at det i tilknytning til *Senter for pasientnær kunstig intelligens* (SPKI) etableres god bredde- og spisskompetanse på KI i helsetjenesten, herunder kompetanse om validering, forvaltning og drift av KI-løsninger anvendt på norske pasienter og om juridiske aspekter ved KI i helsetjenesten
- Sikre at utdannings- og opplæringstilbudene også ivaretar behovene for kompetanse om forvaltning- og drift av KI-løsninger
- Innen hvert av helseforetakene må det utvikles både strategisk KI-kompetanse på ledernivå og operativ KI-kompetanse i fagmiljøene

I samarbeid med UiT Norges arktiske universitet, Universitetssykehuset Nord-Norge og Helse Nord RHF, foreslås etablert en arbeidsgruppe med mandat til å utrede mer detaljert hvilke konkrete tiltak som bør iverksettes for å styrke utdannings- og opplæringstilbud innrettet mot KI i helsetjenesten.

I tråd med *Strategien for kunstig intelligens* har arbeidsgruppen i samarbeid med Helse Nord arbeidet frem følgende mandat for arbeidet:

Arbeidsgruppen skal utrede muligheten for å implementere KI som tema i alle/de fleste utdanninger ved Helsefak, for eksempel som innhold i et felles emne for flere utdanninger, som valgfritt emne, eller som et videre- og etterutdanningsemne.

Dette arbeidet vil innebære:

- Kartlegging av eksisterende utdannings- og opplæringstilbud ved UiT som berører tematikken KI
- Vurdering av hvorvidt eksisterende utdannings- og opplæringstilbud møter dagens behov. Både tilbudenes innhold og dimensjonering bør vurderes
- Vurdering av hvorvidt eksisterende utdannings- og opplæringstilbud kan videreutvikles og/ eller bygges ut for å møte udekte behov
- Vurdere å legge til rette for studietilbud som styrker teknologenes helsekompetanse og helsepersonellens teknologikompetanse, om mulig gjennom tverrfaglige studieopplegg
- Vurdering av hvorvidt det er behov for å utvikle nye utdannings- og opplæringstilbud, og komme med konkrete forslag om slike tilbud

- Vurdere om innhold og opplegg for tilbud ved øvrige universiteter i Norge kan gi inspirasjon til eksisterende og eventuelt nye tilbud ved UiT.

Arbeidsgruppen har lagt følgende forståelse av KI til grunn i rapporten:

KI er samlingen av metoder, algoritmer og teknologier som lærer av data og erfaringer, og evner til å utføre fysiske og kognitive handlinger som oppfattes som intelligente. Dette er også i tråd med forståelsen av KI som fremskrives i Helse Nord's strategi. Arbeidsgruppen forstår KI som overlappende med maskinlæring.

Arbeidsgruppens forståelse av «tverrfaglig» og prioritering av utdanningsgrupper

Maskinlæring er et komplekst og tverrfaglig fagområde. Sentrale målgrupper for utdanningstilbud om maskinlæring er blant annet teknologer, helsearbeidere og samfunnsvitere. De ulike målgruppene har forskjellige behov for supplerende kompetanse for å kunne møte kravene om bruk av KI i arbeidslivet. Helsepersonell vil først og fremst møte KI som *brukere*, samfunnsvitere som *observatører* og teknologer som *utviklere*. Det vil derfor være vanskelig å se for seg ett tilbud som vil dekke behovene for alle faggruppene. Noen behov vil imidlertid være felles, slik som en økt basiskunnskap om KI generelt, kunnskap om hvordan KI kan bidra til bedre diagnostikk og behandling, kunnskap om jus, personvern og informasjonssikkerhet. Dette vil kunne bidra til å bygge tillit til denne nye teknologien blant helsearbeidere, som igjen vil kunne påvirke pasientene på en positiv måte.

For helsearbeidere (her forstått som personer med profesjonsutdanning ved Helsefak) vil et særlig relevant behov være å kunne ha kritisk forståelse for teknologiens muligheter og begrensninger og tilegne seg kunnskap for å utnytte systemene best mulig samtidig som man kan anvende teknologien som beslutningsstøtte. Ved bruk av KI-verktøy er det fare for at man stoler blindt på teknologien eller at man avviser den totalt. Kunnskap om hvordan KI fungerer vil dermed kunne redusere sjansene både for at helsepersonell bruker teknologiens vurderinger ukritisk og at KI vurderingene avvises. Videre er det behov for økt kunnskap om hvordan man kritisk skal gjøre evaluering og validering ved innføring av ny teknologi slik at man sikrer at det fører til en reell forbedring, og generelt om god klinisk praksis ved bruk av KI-verktøy. De etiske perspektivene ved å implementere KI er derfor også naturlige å kunne vurdere.

For teknologer som jobber innen helse vil behovet være noe overlappende med behovene til helsepersonell, men for dem vil det i mye større grad også være viktig å tilegne seg kunnskap for å utvikle kliniske beslutningsstøtteverktøy og andre KI-verktøy. På tvers av grenene er det behov for en økt forståelse for hverandres fag, da kunstig intelligens innen helse av natur er tverrfaglig.

I utviklingsprosjekt av nye KI-verktøy er det hensiktsmessig å ha et tett samarbeid mellom klinikere og teknologer. Dette vil, i tillegg til å være viktig for brukervennligheten og kvalitetssikringen av systemene i en klinisk sammenheng, også bidra til at klinikerne som er med i prosjektene tilegner seg kunnskap og økt forståelse av KI.

For å avgrense oppdraget ønsker arbeidsgruppen å først og fremst rette fokus mot behovene som studenter ved Helsefak har. Vi vil imidlertid ikke ekskludere tilbud fra andre fagområder som kan være relevante for å dekke disse behovene.

Kartlegging av eksisterende utdannings- og opplæringstilbud ved UiT som berører tematikken KI

Arbeidsgruppen har avgrenset arbeidet til å studere eksisterende utdannings- og opplæringstilbud ved Helsefak, fakultet for naturvitenskap og teknologi (NT-fak) og fakultet for ingeniørvitenskap og teknologi (IVT-fak). Informasjonen ble innhentet våren 2022.

Helsefak

Ved Helsefak er det identifisert to utdanninger som eksplisitt nevner KI i sine læringsmål; radiografutdanningen og medisnutdanningen. I radiografutdanningen identifiserte gruppen følgende læringsutbytte i emnet RAD-2630 «Kvalitetssikring, innovasjon og helseteknologi»

Kunnskap:

- kjenner til grunnleggende elementer og problemløsninger ved hjelp av kunstig intelligens

Emnet er nytt og gjennomføres første gang i 2023, og pensumliste er ikke utarbeidet per sommer 2022. Studieleder bekrefter at KI-tematikk vil bli tatt inn i emnet.

I medisnutdanningen er digital kompetanse og KI nylig tatt inn som tema på 3. året. Her finner vi følgende kunnskapsmål:

- MED-2501 rev. 2022: LUB: Kjenne til prinsipper og problemstillinger rundt bruk av digitale løsninger og teknologi i behandlingen
- MED-2510 rev. 2022: LUB: Kjenne til bruk av kunstig intelligens som hjelpemiddel i diagnostisering av sykdom

Siden revisjonen er ny, er ikke undervisning/ pensum bestemt eller operasjonalisert, men Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI) er tenkt inn som ressurs i undervisningen. Endringen vil få konsekvenser for undervisningen tidligst i 2023.

NT-fak

NT-fak tilbyr flere enkeltemner og studier som berører KI innen helse. Mest relevant er enkeltemner som [INF-3770 Computer Science in Health Technology](#) og [FYS-3032 Health data analytics](#). Disse kursene gir inngående kunnskap om blant annet analyse av medisinske data, utvikling av kliniske beslutningsstøtteverktøy og bruk av kunstig intelligens. Noe av innholdet vil også kunne være nyttig for helsepersonell, men arbeidsgruppen vurderer det slik at jevnt over er kursene for avanserte og spesialiserte (innen matematikk og informatikk) for helsepersonells kunnskapsbehov.

Et mulig unntak er Erfaringsbasert master i digitale helsetjenester (deltid samlingsbasert mastergrad lokalisert i Mo i Rana), som har første opptak høsten 2022. Tilbudet er utviklet i tett samarbeid med Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland. Opptakskrav er treårig yrkesutdanning, bachelor eller mastergrad samt minimum to år med relevant yrkespraksis, og

utdanningen rekrutterer dermed en tverrfaglig studentgruppe. Studentene skal i løpet av studiet arbeide med konkrete problemstillinger i Helgelandsregionen, og utdanningen sikter dermed mot en høy grad av arbeidslivsrelevans. Målet med masterprogrammet er bredt, ved at det favner digital helse, inkludert kliniske IT- systemer, e-helse, digital hjemmeoppfølging, spesialisthelsetjenester i hjemmet og velferdsteknologi. Bruk av KI utgjør kun en liten del av programmet, og dermed blir det et spørsmål om i hvor stor grad masterprogrammet treffer målgruppen. En fordel er at de fleste emnene på dette studieprogrammet kan tas som enkeltemner.

IVT-fak

IVT-fak tilbyr flere emner om tematikken, men arbeidsgruppen vurderer disse til å være både for matematisk avanserte og for lite helseorientert for helsepersonells behov.

Vurdering av hvorvidt eksisterende utdannings- og opplæringstilbud møter dagens behov

Arbeidsgruppen merker seg særlig følgende kulepunkt fra Helse Nord's strategi som førende for behovsbeskrivelsene og arbeidsgruppens mandat:

1. I samarbeid med utdanningsinstitusjonene legges undervisning om KI inn i grunnutdanning og spesialistutdanning av leger og annet helsepersonell
2. Etablering av tilpassede utdannings- og opplæringstilbud for annet helsepersonell (sykepleiere, radiografer, stråleterapeuter, fysikere, bioingeniører, fysioterapeuter, farmasøyter mv.)
3. Styrke hybridkompetanse innen KI-feltet ved å etablere masterutdanninger i KI/e-helse for medisinerere og annet helsepersonell
4. Sikre at utdannings- og opplæringstilbudene også ivaretar behovene for kompetanse om forvaltning- og drift av KI-løsninger

Ifølge UiT sin nylig vedtatte strategi skal UiT videreutvikle attraktive utdanningstilbud tilpasset nærings- og samfunnsnivå i nord. Vi skal fremme læring og involvering av studenter. Vi skal styrke fleksible tilbud som sikrer at unge og voksne studenter på små og store steder tilegner seg kunnskap, kompetanse og ferdigheter som fremtiden trenger.

Arbeidslivsrelevans er også et viktig kvalitetsområde i UiT sitt kvalitetssystem for utdanning og omfatter utdanningenes relevans for samfunnet, arbeidslivets behov for kompetanse og den langsiktige verdiskapningen som utdanningen bidrar til for samfunnet og den enkelte student. Helse- og sosialutdanninger er regulert av nasjonale forskrifter for å sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå slik at kandidatene har en felles sluttkompetanse. Det er derfor begrensninger i hvor store tilpasninger utdanningsinstitusjonene kan gjøre på eget initiativ.

Det har siden høsten 2017 pågått et stort utviklingsarbeid for å utvikle nasjonale retningslinjer innen helse- og sosialfag (RETHOS). Bakgrunnen for utviklingsarbeidet var to Stortingsmeldinger: Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis og Meld. St. 16 (2016-2017) Kvalitet i høyere utdanning. I Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd ble det vist til at helse- og velferdstjenestene ikke har god nok innflytelse på det faglige

innholdet i disse utdanningene. Meld St 16 (2017-2017) påpekte at de gamle rammeplanene var for statiske og ikke tok opp i seg endringer i kompetansebehovene. Mange mente at studentene i helse- og sosialfagutdanningene i større grad må forberedes på arbeidsoppgavene og arbeidsmåtene i framtidens helse- og velferdstjenester. For å oppnå dette må både tjenestene og brukergruppene i større grad involveres i utformingen av innholdet i utdanningene.

Retningslinjene for helse- og sosialutdanningene skal definere sluttkompetansen for hver utdanning og utgjøre en minstandard for kompetanse. Høsten 2017 startet de åtte utdanningene som i dag har rammeplaner utarbeidelsen av nasjonale retningslinjer (fase 1): barnevernspedagog-, bioingeniør-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom-, sykepleier- og vernepleierutdanning. Retningslinjene for fase 1 ble fastsatt våren 2019 og måtte følges fra og med studieåret 2020/21. De ti programgruppene i fase 2 startet sitt arbeid i slutten av februar 2018 og består blant annet av medisin- og psykologutdanning. Retningslinjene for fase 2 er fastsatt og vil bli implementert fra og med studieåret 2021/22.

Høyere utdanning er strukturert i tre sykluser; bachelor, master og ph.d. nivå. I tillegg tilbys etter- og videreutdanninger. Videreutdanninger for medisinere (LiS) foregår i regi av arbeidsgiver, og kartlegging/ vurdering av denne faller utenfor vårt mandat. Det har vært utfordrende for arbeidsgruppen å definere hva som kan forstås som «dagens behov», da dette behovet vil være ulikt og mangfoldig i forhold til hvilken gruppe av helsefagsprofesjoner og teknologer man ser for seg, og hvilket nivå i utdanningssyklusen man retter seg mot. På et bachelornivå kan behovet være å kjenne til ulike teknologier, samt lære seg grunnleggende ferdigheter i tverrfaglig samarbeid. Behovene på masternivå vil være mer avansert, der studenten skal oppøve kritisk forståelse og kunne anvende kyndig teknologien og forstå dets muligheter og begrensninger.

Vurdering av hvorvidt eksisterende utdannings- og opplæringstilbud kan videreutvikles og/ eller bygges ut for å møte udekte behov

Arbeidsgruppen foreslår å avvente å vurdere hvorvidt det eksisterende tilbudet kan videreutvikles for å møte udekte behov til vi har erfaringer med endringene knyttet til innføring av læringsutbyttebeskrivelser om KI, som er implementert i utdanningene. Det vil også være interessant å følge med på erfaringene fra UiT sin master i digitale helsetjenester ved NT-fak.

Vurdering om innhold og opplegg for tilbud ved øvrige universiteter i Norge kan gi inspirasjon til eksisterende og eventuelt nye tilbud ved UiT

Arbeidsgruppen har gjort en kartlegging av ulike studietilbud i Norge som kunne gi inspirasjon til utdanningstilbud om KI, og valgte tre tilbud man så nærmere på: UiO: MED3065, UiB: ELMED 219 og «Elements of AI»; et heldigitalt gratis kurs ved NTNU.

UiO:

MED3065 – AI, innovasjon, big data og beslutningsstøtte er på 3 studiepoeng.

<https://www.uio.no/studier/emner/medisin/med/MED3065/> Kurset er forbeholdt studenter ved

profesjonsutdanning i medisin. Kurset går i hovedsak bredt på beslutningsstøtte i konteksten av persontilpasset medisin og kritisk vurdering av evidens og bruk av beslutningsstøtteverktøy i klinisk sammenheng. Det viser ingen spesifikke læremål retta mot KI som ny type verktøy med særskilte muligheter og utfordringer. Samme gjelder innovasjon og big data som heller ikke er tydelig adressert.

UiB:

ELMED219 – Kunstig intelligens og beregningsorientert medisin, er et elektivt emne på 6 studiepoeng. <https://www.uib.no/emne/ELMED219>

Fra emnebeskrivelsen: Kurset vil adressere fordeler og ulemper ved «The computational mindset», maskinlæring og kunstig intelligens i fremtidens medisin. Kurset er en veiledet «reise» gjennom utvalgte matematiske og statistiske modelleringsteknikker innen biomedisinske og kliniske anvendelser. Eksempler, demonstrasjoner og oppgaver vil typisk bli relatert til in vivo avbildning og integrativ kvantitativ fysiologi, bildebaserte biomarkører, omics-data, sensordata og/eller helsejournaler. Gjennom hele kurset vil studentene benytte prinsipper og verktøy fra numerisk programvare, dataanalyse, og beregningsvitenskap innen medisinske anvendelser. Dette vil gi studentene en introduksjon til f.eks. R, Python og Jupyter notebooks og bruk av «skyen» for datalagring og beregninger.

Kurset anbefales fortrinnsvis gjennomført første to år på medisinstudiet, eller første to år på ingeniørstudiet med fagretning innen data, elektronikk, maskin, kjemi, eller første to år på bachelorstudiet i matematikk / informatikk / fysikk / kjemi / biologi.

Anbefalte forkunnskaper

Medisinerstudenter bør ha forkunnskaper innen organfysiologi, anatomi og cellebiologi / molekylærbiologi tilsvarende andre års studium, samt interesser innen teknikk / matematikk / informatikk. Forskerlinjestudenter er velkomne til å ta kurset. Ingeniørstudenter og realfagstudenter bør ha forkunnskaper innen kalkulus / lineær algebra og programmering tilsvarende andre års studium, samt interesse for fenomener og anvendelser innen biologi og medisin.

Krav til studierett

Studenter tatt opp ved Det medisinske fakultet eller Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet ved UiB (eller annet universitet) og studenter opptatt til ingeniørstudiet ved HVL (eller annet universitet/høgskole e.g. Erasmus student). Studenter utenfra UiB vil få gjestestudent-status ved opptak til emnet.

Arbeidsgruppen finner dette kurset svært interessant. Det er en fordel at det er et tverrfaglig kurs, som ikke er forbeholdt studenter ved UiB, og at det innebærer konkret «hands on» gruppearbeid. Alle læringsressurser er lagt ut på en åpen læringsplattform; github (eksempel fra 2021: <https://github.com/MMIV-ML/ELMED219-2021>).

Elements of AI:

Helsingfors Universitet, Reaktor, NTNU, Feed, Norwegian open ai lab (<https://www.elementsofai.com/no/>).

Kurset har som målsetting å gjøre KI forståelig for alle og gjøre kunnskap om KI mer tilgjengelig, slik at flere kan dra nytte av teknologien. Kurset inneholder ingen programmering, men deltakere bør ha grunnleggende matematikkunnskaper. Kurset har 6 deler med eksamen etter hver bolk. Gjennomsnittlig tid for å fullføre kurset er 25 timer. Arbeidsgruppens vurdering er at kurset blir for generelt for det som skisseres for behovet, men kan være en fin innføring i tematikken og et lavterskeltilbud da det både er gratis og fleksibelt.

Vurdere å legge til rette for studietilbud som styrker teknologenes helsekompetanse og helsepersonellens teknologikompetanse, om mulig gjennom tverrfaglige studieopplegg

Og

Vurdering av hvorvidt det er behov for å utvikle nye utdannings- og opplæringstilbud, og komme med konkrete forslag om slike tilbud

- KI er tatt inn som element i grunnutdanning for radiografer og medisiner, med planlagt implementering fra og med høsten 2022. Tverrfaglig master i digitale helsetjenester er opprettet ved NT-fak, i tett samarbeid med Helgelandssykehuset. Utdanningen og masterprosjektene skal ta utgangspunkt i aktuelle problemstillinger i praksis, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Utdanningstilbudet knyttet til KI er dermed styrket ved UiT i senere tid. Det er imidlertid vanskelig å konkludere at disse endringene vil føre til at behovene blir møtt, da det er mange ulike behov for utdannings- og opplæringstilbud ut fra profesjonsbakgrunn og hvor studentene er i utdanningscyklusen.

Det er arbeidsgruppens vurdering at et eventuelt nytt studietilbud som skal styrke teknologenes helsekompetanse og helsepersonells teknologikompetanse må være tverrfaglig. Dette er også i tråd med erfaringene fra tverrfaglige studieopplegg innen tematikken.

Anbefalinger

- Arbeidsgruppen anbefaler å avvete oppstart av nye studietilbud/ revisjon av eksisterende studieplaner til de nye endringene er implementert og man har fått erfaringer med resultatene av disse.
- Arbeidsgruppen anbefaler at LiS utdanningen vurderes med tanke på om KI bør få en større plass her. De forskjellige LiS utdanningene vil trolig være den viktigste arenaen for å nå frem til riktig målgruppe innenfor de ulike anvendelsene av KI i medisin. Eksempelvis vil LiS utdanningen i radiologi og patologi kreve mer kompetanse på bildeanalyse (diagnostikk), mens klinikere som bruker KI i beslutningsanalyse og prediksjon vil trenge kompetanse for hvilke vurderinger som må gjøres, før KI kan bli et nyttig verktøy i klinikken.

- Arbeidsgruppen anbefaler at ELMED219 i større grad gjøres kjent for relevante målgrupper, og at UiT sine studenter gis mulighet til å delta på kurset i en overgangsperiode til et tilsvarende tilbud er blitt etablert ved UiT.
- På sikt vil det være nødvendig å etablere et eget elektivt kurs på masternivå ved UiT etter inspirasjon fra ELMED219. Et slikt kurs bør være åpent for en tverrfaglig studentmasse. Fagmiljøet som skal utvikle og gjennomføre kurset bør være tverrfaglig sammensatt for å sikre at både helsefag og teknologi blir godt representert. Arbeidsgruppen anslår at det vil være behov for to 50% stillinger i 6 måneder for å utvikle kurset. I tillegg må det påregnes ressurser til å drifte kurset. Da KI er et felt i rask endring vil det være behov for å trekke inn ekstern spisskompetanse i undervisningen. Det er viktig at UiT selv etablerer et permanent emne innen KI for å imøtekomme behovet for kompetanse lokalt innen dette fagfeltet. Å basere på andre universiteters kurstilbud innen KI vil bare kunne være en midlertidig løsning for å avhjelpe det behovet som allerede eksisterer ved UiT. Et nytt kurstilbud innen KI vil kreve både personellmessige og økonomiske ressurser.

Tromsø 1. september 2022

Astrid Gramstad

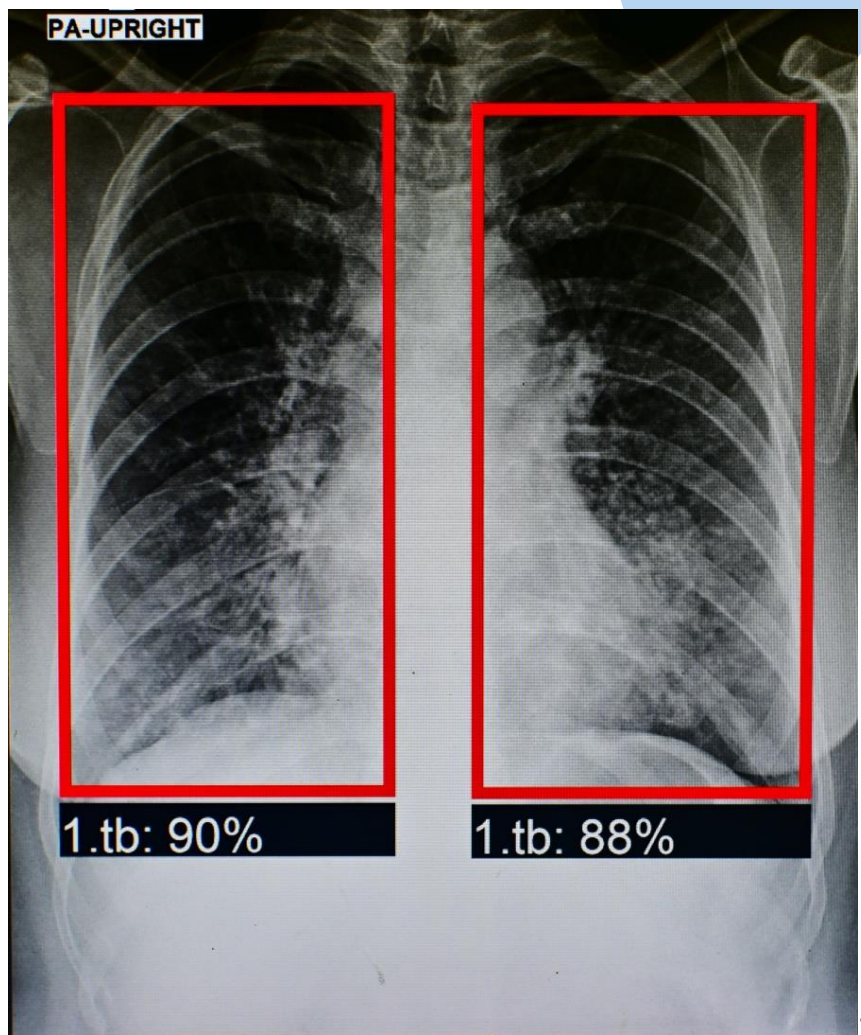
Rolv-Ole Lindsetmo

Alexander Horsch

Karl Øyvind Mikalsen

Solveig Hofvind

Kunstig intelligens innen radiologi i Helse Nord



Helse Nord RHF – november 2022

1 Oppsummering av hovedelementene i rapporten

HOVEDDELEN AV RAPPORTEN

1.1 Innledning, bakgrunn og mandat

I kapittel 2 redegjøres for bakgrunn og mandat. I Helse Nords strategi for kunstig intelligens, vedtatt i styremøte 22.juni 2021, ble det anbefalt å videreføre arbeidet med KI gjennom en rekke oppfølgingstiltak; blant disse var å etablere en arbeidsgruppe med mandat til å utrede og konkretisere hvilke KI-løsninger innen radiologi som kan være aktuelle for implementering i Helse Nord. Formålet med arbeidet ble presisert som å fremme forslag om hvilke fagområder og modaliteter innen radiologien som de nærmeste årene ble vurdert å ligge best til rette for implementering av KI-løsninger som beslutningsstøtte i helseforetakene i Helse Nord.

I mandatet ble det gitt en rekke føringer for gjennomføringen av arbeidet. I arbeidet med å identifisere løsninger som ligger til rette for implementering, skulle det gjøres behovsvurderinger (fagområder der KI-løsninger ville være avlastende for radiologene) som deretter skulle koples til fagområder der det var utviklet CE-merkede KI-algoritmer. Kriterier som behov, nytte og løsningenes modenhet skulle legges til grunn for anbefalingen om hvilke løsninger som bør prioriteres for implementering. Disse vurderingene skulle gjøres på ved hjelp av flere datakilder: gjennomgang av produkter og produkttyper, erfaringer fra anskaffelsen i Vestre Viken HF og fra begynnende implementeringer i andre land, samt forskningsbasert kunnskap gjennom studier publisert i tidsskrifter mv. Arbeidsgruppen skulle også avklare viktige forutsetninger og avhengigheter for implementering av løsninger: nødvendig infrastruktur, datafangst, regulatoriske ordninger, behovet for validering av kommersielle løsninger, ROS-analyser mv.

Til å gjennomføre arbeidet ble det etablert en arbeidsgruppe, ledet av Helse Nord, med til sammen ti medlemmer; samtlige helseforetak er representert med radiologer, mens to av HFene er representert med radiografer. Representanter fra brukere og arbeidstakere har også vært med i arbeidet. Det har vært avholdt i alt 11 møter, hvorav 10 har vært organisert som Teamsmøter.

1.2 Utviklingstrekk innen medisinsk radiologi og status i Helse Nord

Som en bakgrunn for vurderingen av behov for KI-løsninger, er det gjort en gjennomgang av noen generelle utviklingstrekk innen fagområdet medisinsk radiologi. Dette er globale trender som i hovedsak også manifesterer seg nasjonalt og regionalt. Radiologien som fagfelt har ekspandert kraftig i løpet av de senere tiår, både kvantitativt og kvalitativt. Ny og forbedret teknologi har medført at det gjøres flere og mer komplekse undersøkelser for stadig flere sykdomsgrupper, og at radiologiske metoder i økende utstrekning tas i bruk for behandlingsformål (intervensjonsradiologi) og for å evaluere effekten av behandlinger. I tillegg kommer stadig mer tidkrevende deltagelse i

MDT-møter (demonstrasjoner med tverrfaglig deltagelse, primært knyttet til pakkeforløp ved kreftsykdom).

Det foreligger foreløpig ingen oppdatert nasjonal oversikt over veksten i antallet radiologiske undersøkelser. Vi bruker derfor data fra Danmark – som ikke antas å avvike vesentlig fra Norge - for å belyse denne veksten. I perioden mellom 2011 og 2021 var den samlede veksten av undersøkelser på 25 %, mens den innen modalitetene CT og MR var på henholdsvis 82% og 62%. Undersøkelser innen disse modaliteter er dessuten mer komplekse og tidkrevende enn konvensjonell røntgen.

Ekspansjonen er ledsaget av en tiltagende arbeidsbelastning for radiologene, noe som både fører til økende forekomst av utbrenthet og økt risiko for feilvurderinger. Innen den offentlige helsetjenesten er det økende rekrutteringsutfordringer, og mange radiologer søker seg over til en ekspanderende privat sektor. Det er følgelig et stort behov for tiltak som kan avlaste radiologene, og det vurderes derfor i utgangspunktet som gunstig at dette er et av de fagområdene som ligger best til rette for implementering av KI-løsninger. Dette er Helse Nords arbeidsgruppes primære begrunnelse for å prioritere dette fagområdet i KI-strategien.

Flere av utfordringene for radiologifeltet i Helse Nord er belyst i en nylig avgitt ekstern rapport utarbeidet av et konsulenthus, på oppdrag fra Helse Nord RHF. Her påpekes både rekrutteringsproblemene og den høye gjennomtrekken i stillingene. I tillegg påpekes organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer, samt for lite samordning og samarbeid både innen og mellom helseforetak.. Flere av arbeidsgruppens medlemmer stiller seg likevel kritisk til at rapporten blir noe overflatisk og ikke i tilstrekkelig grad har belyst de vesentlige forskjeller som foreligger både mht. tilstand og behov mellom de ulike HFene. Arbeidsgruppen stiller seg likevel positivt til etablering av et regionalt prosjekt i regi av Helse Nord RHF i samarbeid med HFene.

I kap. 3 redegjøres det avslutningsvis både for bemanningssituasjonen for radiologer i de enkelte HF i Helse Nord (og private aktører), og for volumet av radiologiske undersøkelser fordelt på de ulike modaliteter. Her framgår det at 16 prosent av alle undersøkelsene utføres av private aktører, mens denne andelen er hele 50 % for MR-undersøkelser. Hele halvparten av alle undersøkelsene utføres av de 9 lokalsykehusene.

Arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger:

- Situasjonen for radiologifaget i Helse Nord er kritisk mht. bemanning, kompetanse, organisering og regional samordning.
- Implementering av løsninger for kunstig intelligens vil på lengre sikt kunne bidra til å understøtte og avlaste radiologene
- Det anbefales at Helse Nord – gjennom organisering av det regionale radiologi-prosjektet (oppfølging av Karabin-rapporten)- innarbeider premisser fra denne rapporten bruk av KI innen radiologien

1.3 Den radiologiske arbeidsflyten

Som et hjelpemiddel for lesere som ikke er veldig godt kjent med radiologi har vi i kap. 4 kort beskrevet de ulike fasene i den radiologiske arbeidsflyten.

Det som skjer i forkant av billedtaking har vi valgt å referere til som fase 0:

0. Henvisning og timesetting

Det som skjer under selve bildetakingen kan deles i fire faser:

1. Planlegging av billedtaking; 2. Gjennomføring av billedtaking; 3. Rekonstruksjon og postprosessering av bilder; 4. Beskrivelse/tolkning av bilder.

I tillegg er det en siste fase som skjer i etterkant:

5. Kommunikasjon av resultat til kliniker / pasient.

1.4 Kartlegging av volum og aktivitet for det radiologiske fagområdet

I kap. 5 er det gjort en kartlegging av volum og aktivitet for ulike modaliteter og undersøkelsestyper innen det radiologiske fagområdet i Helse Nord. Blant annet fremstilles en oversikt over antall undersøkelser (volum) fordelt på ulike typer av sykehus, med vekt på å få fram forskjellene mellom sykehusgrupper på ulike funksjons- og spesialiseringsnivå. I denne rapporten vurderes det som særlig relevant å skille mellom aktiviteten ved UNN-Tromsø, Nordlandssykehuset-Bodø og de 9 lokalsykehusene. Oversikten viser imidlertid at det innen de fleste modaliteter foregår en betydelig aktivitet, også ved lokalsykehusene.

1.5 Behovskartlegging

I kapittel 6 gjøres en oppsummering av behovene, slik de er beskrevet av de radiologer og radiografer som er medlemmer av arbeidsgruppen. Radiologene kopler behovene til områder der arbeidsbelastningen er særlig stor: kreftutredninger og kontroller, tidkrevende beskrivelser basert på målinger og sammenligning med tidligere undersøkelser og bruddundersøkelser som har stort volum.

Med utgangspunkt i de innledende diskusjonene i arbeidsgruppa utformet radiologene en rangert liste som beskriver hvilke behov KI potensielt kan bidra til å avhjelpe:

Markering av områder med patologiske funn er gitt første prioritet:

- a. Deteksjon, måling og kontroll av lesjoner, kreftsvulster og metastaser.
- b. Tolkning av skjelettrøntgen, særlig brudd-deteksjon
- c. Tolkning av røntgen-thorax, inkludert tuber og slanger
- d. Oppfølging av MS-lesjoner (MR-Caput)

- e. Slagdiagnostikk
- f. Deteksjon av lungeemboli og målinger av kar
- g. Tolking av MR-hjerte
- h. Kvantitative beskrivelse av forløp for lungesykdommer
- i. Differensialdiagnoser av kreftsvulster

Dernest er i følgende prioritert i rekkefølge; triagering av undersøkelser og henvisninger, støtte til både henviser og radiologisk avdeling for å sikre riktig og nødvendig informasjon, annotering/segmentering av anatomi, talegjenkjenning, automatisk skjelettalder, forbedret bildekvalitet og forbedret pasientlogistikk.

Denne rangerte listen ble sammenstilt med volum og aktivitet, hvilket har ledet til en konkretisering av behovene hvor det er skilt mellom elektiv og øyeblikkelig hjelp; dette fordi disse to hastegradskategorier er vesensforskjellige med tanke på funksjonalitet, nytte og gevinst.

Elektive undersøkelser

For elektive undersøkelser er det kreftdiagnostikk, utredninger og kontroller som utgjør hovedmengden av undersøkelser.

For elektive undersøkelser er behovet generelt:

1. Utredning (deteksjon patologi og differensiering, ekskludere patologi)
2. Kontroller (utvikling av patologi, deteksjon ny patologi)
3. Kvalitet (reduere feiltolkning og oversett patologi)
4. Objektivisering og kvantifisering (utvikling patologi over tid, leselige tabeller, RECIST)
5. Strukturert rapportering (automatisert overføring av mål og evt. endring over tid inn i beskrivelsen, f.eks. i tabeller; RECIST)
6. Effektivisering
7. Triagering

Aktuelle elektive undersøkelser der en ser behov: CT Thorax, CT/MR Abdomen, RG Thorax, RG Skjelettalder, MR Hjerte, MR Mamma, RG Mammografi, MR Prostata, MR Caput, MR Skjelett, Nukleærmedisin: f.eks. PET/MR prostata, UL thyreoidea og MR kolumna.

Øyeblikkelig hjelp

Ved øyeblikkelig hjelp undersøkelser er det flere områder med behov:

1. Triagering (hva haster mest å se på)
2. Avlastning på vakt (brudd-deteksjon)
3. Kvalitet (Redusere feiltolkning og oversett patologi)
4. Deteksjon (Påvise patologi)

Aktuelle øyeblikkelig hjelp undersøkelser der en ser behov: CTANG Angiografi av Thorax og CT Thorax, CT Caput, CT Abdomen, RG Skjelett og RG Thorax

Radiografers behov

Radiografene har utformet følgende liste over behov der KI potensielt kan bidra: Algoritmer som kan foreslå protokoll for undersøkelser, basert på informasjon i henvisning, bistand til posisjonering av pasient, bistand til å velge sekvenser og vinkling (MR), bruddalgoritme som kan avlaste radiolog på vakt, triagering, opplæring, automatisert link mellom prioriteringskode/protokoll og prosedyre, bistand til radiolog når undersøkelsesprotokoll skal velges.

1.6 Status for den kommersielle tilbudssiden i fase 0-3

Det er ikke funnet egnede kommersielle og sertifiserte KI-verktøy som kan bidra til oppgavene i fase 0 av den radiologiske arbeidsflyten.

Når det gjelder oppgavene i fase 1-3 er de tett tilknyttet maskinvaren som brukes for å gjennomføre skanningen. Det vil variere mellom maskinleverandørene i hvor stor grad de bruker KI-basert programvare for å eksempelvis øke produktiviteten ved å muliggjøre kortere skannetider eller forbedre bildekvaliteten gjennom å fjerne støy. KI-løsninger innenfor disse tre fasene, vil ofte være knyttet til den enkelte modalitetens leveranse og inngå som del av eller opsjon til programvaren som følger maskinen.

En investering i ny maskinvare for billedtaking vil derfor også være førende for hvilke muligheter som åpner seg mht. å få hjelp av kunstig intelligens til å planlegge og gjennomføre billedtaking. Denne avhengigheten gjør at fleksibiliteten reduseres; derfor vil anbefalinger rundt bruk av KI i disse tre fasene bli noe lavere prioritert i denne rapporten. Likevel vil arbeidsgruppen påpeke at det er viktig å ha fokus på også disse problemstillingene når helseforetakene i nord i tiden framover skal fornye og oppgradere maskinparken.

1.7 Status for den kommersielle tilbudssiden innen bildetolkning (fase 4)

Brorparten av det kommersielle tilbudet av sertifiserte KI-verktøy innen radiologi bidrar med støtte til bildetolkning / beskrivelse av bilder, som vi har referert til som fase 4 i den radiologiske arbeidsflyten. Arbeidsgruppen har brukt nettstedet www.Alforradiology.com som hovedkilde for å få oversikt over dette kommersielle markedet. I tillegg har de største leverandørene (Siemens, Sectra, GE Healthcare, Philips og Aidoc) blitt invitert inn i møter med arbeidsgruppen hvor satsningen på KI til de respektive selskapene har blitt presentert og diskutert.

Radiologene og radiografene i arbeidsgruppa har sittet sammen i grupper og gått gjennom tilgjengelige KI-produkter innenfor spesialitetene: abdomen, mammografi, hjerte, MSK, neuro og thorax. Totalt har arbeidsgruppa gått gjennom over 200 MDD og MDR-godkjente algoritmer og identifisert at ca. 25 av disse svarer til behovene vi har beskrevet i kap. **Feil! Fant ikke referanse-kilden..** En fylldigere oppsummering av gjennomgangen er beskrevet i kap. **Feil! Fant ikke referanse-kilden..**

I kap. **Feil! Fant ikke referanse-kilden.** er det redegjort for anskaffelsen av KI-algoritmer innen radiologi i Vestre Viken HF. Anskaffelsen ble gjennomført i samarbeid med Sykehuset Vestfold HF, Sykehuspartner HF og Sykehusinnkjøp HF. Med konkurransepreget dialog som anskaffelsesform, ble det lyst ut en konkurranse våren 2021 og signert kontrakt i august 2022. På grunnlag av behovsvurderinger gjort av radiologene i helseforetaket, ble følgende fem områder innen bildeanalyse prioritert for anskaffelse: CT-thorax -lungenoduler/lungemetastaser, CT thorax - lungeemboli, MR Caput – MS-oppfølging, konvensjonell røntgen thorax, konvensjonell røntgen-skjelett/brudd. I løpet av dialogen ble det også avklart å inkludere plattform for KI-algoritmer i den endelige kravspesifikasjonen.

9 leverandører søkte om å få delta i denne konkurransen, men i løpet av dialogen ble dette antallet redusert slik at bare fire av leveandørne ble invitert til å levere tilbud. I tildelingskriteriene var kvalitet vektet med 70 % og pris med 30 %. Prismodellen som ble lagt til grunn var pris per undersøkelse, men med fallende enhetspris for høyere volum. For de aktuelle algoritmene samlet, var forskjellen mellom laveste og høyeste pris i tilbudene på ca. 25 prosent.

Erfaringene fra anskaffelsen i Vestre Viken HF kan oppsummeres slik:

- Om man hadde startet prosessen med en leverandørkonferanse, ville man både fått et bedre informasjonsgrunnlag for utforming av kravspesifikasjonen, og man ville også redusert noe av dialogtiden med leverandørene.
- Selv om konkurransepreget dialog var en transaksjonskrevende anskaffelsesform, bidro dialogene med leverandørene til mye læring og tilpasning underveis i prosessen.
- Ved både utforming av kravspesifikasjon og vurdering av tilbudene har samarbeidet med Sykehuspartner og Sykehusinnkjøp vært både nyttig og nødvendig.

Arbeidsgruppen anbefaler:

- At Helse Nord i sitt videre arbeid nyttiggjør seg av erfaringene fra anskaffelsen i Vestre Viken HF
- At Helse Nord høster ytterligere erfaringer fra den implementeringsfasen Vestre Viken HF nå går inn.

1.8 Arbeidsgruppens anbefalinger – KI-løsninger

Flere av aspektene i fase 0-3 i den radiologiske arbeidsflyten (se kap. **Feil! Fant ikke referanse kilden.**) treffer behovene som er beskrevet tidligere i denne rapporten. Vårt arbeid viser imidlertid at tilbudssiden er forholdsvis umoden når det gjelder mange av oppgavene i disse fasene. I tillegg er det slik at oppgavene i fase 1-3 er tett tilknyttet maskinvaren som skal brukes for å gjennomføre skanningen. Hovedfokuset for dette arbeidet har derfor vært rettet mot markedet for KI-algoritmer for tolkning av bilder (fase 4).

Arbeidsgruppen anbefaler:

- Tilgjengelig KI-programvare bør også være med i vurderingene når helseforetakene i nord i tiden framover skal fornye og oppgradere maskinparken.

Kapittel 9 fortsetter med en vurdering av markedet for KI-løsninger innen bildetolkning. Det konstateres at det i løpet av de senere år har skjedd en betydelig tilvekst av kommersielle CE-merkede KI-algoritmer, og at det i tillegg er kommet en rekke løsninger for oppkopling av algoritmer, benevnt plattformer eller markeds plass. Innen de funksjonelle fagområder som er prioritert av arbeidsgruppen (kap. 6), er det identifisert ca. 25 aktuelle algoritmer (kap.8). Det foreligger derfor et markedsmessig grunnlag for å gjøre kommersielle anskaffelser, når dette skjer på en kontrollert og kvalitetssikret måte. Tiden er derfor moden for å gjøre de første anskaffelsene.

Arbeidsgruppen anbefaler:

- At det i forkant av kunngjøring om konkurranse, arrangeres en leverandørkonferanse for å bli oppdatert om løsninger og tjenester
- At det organiseres en felles anskaffelsesprosess i Helse Nord, med konkurransepreget dialog som anskaffelsesform
- At det legges opp til en felles plattformløsning for alle helseforetakene i Helse Nord
- At det legges opp til en rammeavtale som gir tilgang til aktuelle og prioriterte algoritmer gjennom avrop over flere år, tilpasset behov, økonomi og andre forutsetninger i de enkelte helseforetak

Arbeidsgruppen foreslår å prioritere følgende områder for anskaffelse:

1. Brudd: deteksjon og triagering (RG skjelett)
2. Kreftdiagnostikk
 - a. Diagnostikk av lungekreft, inkludert tilfeldig påviste noduli (CT thorax)
 - b. Diagnostikk av prostatakreft (MR prostata)
 - c. Diagnostikk av brystkreft (MR mamma)
3. Tolkning, deteksjon av patologi og triagering for røntgen thorax
4. Slagdeteksjon (CT caput)
5. Deteksjon og triagering av lungeemboli (CT thorax)
6. Tolkning av lungefortetninger/ILD (CT Thorax)

7. Tolkning av MR hjerte

1.8.2 Anbefalinger for UNN HF som har opsjon på avrop etter rammeavtalen som er inngått i Helse Sør-Øst

Som allerede nevnt, har UNN HF opsjon for å gjøre avrop på den rammeavtalen om anskaffelse av KI-algoritmer som Vestre Viken HF har inngått med valgt leverandør. Siden ingen av de øvrige helseforetak i Helse Nord har slik opsjon, er det følgelig ikke mulig for disse å gjøre avrop for innkjøp av de algoritmer (inklusive plattform) som inngår i denne avtalen. Det kan likevel være klokt å la UNN HF gjøre slikt avrop, selv om øvrige helseforetak i Helse Nord ikke kan inkluderes. Det presiseres at UNN HF som eget rettssubjekt står fritt til å gjøre avrop i henhold til nevnte avtale, uavhengig av hva Helse Nord RHF måtte mene om det. Samtidig vurderer arbeidsgruppen det som både ønskelig og hensiktsmessig at slike initiativ ved UNN skjer i samforstand med Helse Nord RHF og øvrige helseforetak i Helse Nord.

Arbeidsgruppen anbefaler at UNN HF, med sin nærhet til betydelige kompetansemiljøer innen kunstig intelligens og i kraft av sin funksjon som universitetsklinikk, starter med å implementere en eller flere løsninger før vi går videre med implementering i øvrige helseforetak. Dermed kan man vinne erfaring som gjør det enklere å implementere slike løsninger øvrige HF. En slik trinnvis strategi som starter med UNN HF, anbefales også ved oppstart på grunnlag av en felles anskaffelse som inkluderer alle fire helseforetak. Ved å gjøre avrop på ovennevnte rammeavtale, vil UNN raskt komme i gang med praktisk og klinisk rettet utprøving og implementering. Dermed vil Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI) raskere utvikle sin kjernekompetanse knyttet til implementering, noe som er til nytte for hele foretaksgruppen.

Anbefalingen om å la UNN HF gjøre avrop, bygger imidlertid på at forutsetninger knyttet til forankring i ledelse og fagmiljø, algoritmenes kvalitet, planer om validering og følgeforskning, mv., er til stede. I så tilfelle, vil arbeidsgruppen anbefale at UNN HF prioriterer anskaffelse av den algoritmen for brudd-deteksjon som inngår i rammeavtalen med Vestre Viken HF.

1.8.3 Anbefalt anskaffelsesprosedyre og hensyn som bør vektlegges i en kravspesifikasjon

Arbeidsgruppen vil anbefale Helse Nord å vurdere *konkurranspreget dialog* som anskaffelsesform ved anskaffelse av kommersielle KI-algoritmer innen radiologifeltet. På grunnlag av erfaringer fra Vestre Viken-prosjektet, vil vi også anbefale at det i forkant av utlyst konkurranse arrangeres en *leverandørkonferanse* for å skaffe seg mer oppdatert kunnskap om produktmarkedet og leverandørenes evne til å levere understøttende tjenester. En eventuell anskaffelse anbefales gjennomført samlet for hele foretaksgruppen i Helse Nord, med mulighet for hvert av HFene til å gjøre avrop på rammeavtale innen en 2-4 årsperiode. I den grad forholdene måtte ligge til rette for det

(ved sammenfall i tid mv.), kan det vurderes å samarbeide om en anskaffelse med helseforetak utenfor Helse Nord.

For å ivareta behovet for innkjøpskompetanse på best mulig måte, anbefales etablert et best mulig samarbeid mellom ansvarlige for innkjøp i Helse Nord RHF og Sykehusinnkjøp. Den erfaring Sykehusinnkjøp har ervervet gjennom medvirkning i anskaffelsen i Vestre Viken HF, vurderes som så verdifull at den bør komme en eventuell anskaffelsesprosess i Helse Nord til gode.

Arbeidsgruppen har i kap. 9.4.2 redegjort for en rekke hensyn og krav (MDR-godkjenning, fagfelleverderte studier, mulighet for validering mv.) som anbefales vektlagt i en kunngjøring og kravspesifikasjon.

1.8.4 Fagområder der egenutvikling kan være aktuelt

Det er en rekke av behovene som er beskrevet i denne rapporten som ikke dekkes godt nok av det eksisterende tilbudet på markedet og der egenutvikling kan være aktuelt. Dette gjelder f.eks. talegjenkjenning, forbedring og triagering av henvisninger, forbedret pasientlogistikk og på generell basis flere løsninger som kan bidra til fase 0-3 i den radiologiske arbeidsflyten. Fremtidige KI-løsninger som eventuelt skal kunne bidra til å dekke disse behovene vil nødvendigvis måtte handtere andre inputdata enn bare bilder – og gjerne multimodale data (data fra flere kilder, f.eks. pasientjournal, selvrapporterte data og bilder). Dette bør derfor være et prioritert forskningsområde.

Abdomen er et eksempel på et stort og viktig område der vi har identifisert behov som er dårlig dekt. Foreløpig finnes det kun løsninger for MR prostata. Støtte til deteksjon av tumorer i organer som eksempelvis lever finnes det ikke gode nok kommersielle verktøy for. I tillegg ser vi at det finnes svært få kommersielle løsninger innen nukleærmedisin (PET) og få gode løsninger for ultralydbilder (f.eks. UL thyreoidea). Det anbefales derfor at disse områdene prioriteres i videre FoU-arbeid. Vi vil også påpeke at selv om en god del områder er dekt av kommersielle løsninger, betyr ikke nødvendigvis at løsningene er gode nok. For mange av løsningene er det fortsatt manglende evidens. Dette innebærer at også flere av disse områdene bør prioriteres i videre FoU-arbeid.

Medisinsk bildeanalyse er et stort og omfattende fagfelt. I denne rapporten har vi konsentrert oss om bildemodaliteter som beskrives av radiologer. Innen de andre områdene ser det ut til at markedet er mindre modent enn innen radiologi. Det skal likevel nevnes at det innen noen av disse områdene finnes flere produkter på markedet med brukbar evidens. Spesielt gjelder dette oftalmologi (diabetisk retinopati), kardiovaskulær medisin og nevrologi (begge de to sistnevnte er delvis overlappende med radiologi og derfor i noe grad dekket av Alforradiology). De to førstnevnte faller utenfor mandatet til denne arbeidsgruppa. Vi vil likevel anbefale at behovet for KI innen disse områdene kartlegges nøyere av de respektive fagmiljøene.

Innen andre områder som dermatologi, odontologi, strålingsonkologi, gastroenterologi, gynekologi og digital patologi finnes det få gode kommersielle løsninger. Den senere tid har imidlertid vist at innovasjons- og FoU-arbeid kan lede til gode løsninger innen f.eks. strålingsonkologi og digital patologi. Flere av disse områdene bør også prioriteres i FoU-arbeid i Helse Nord.

Til sist nevnes at FoU-aktivitetene ikke utelukkende bør prioritere utvikling av verktøy. Kanskje like viktig er (følge)forskning med fokus på utprøving, validering og implementering. Slik kompetanse er viktig å bygge opp i fagmiljøer som SPKI.

ANDRE ANBEFALINGER OG BETRAKTNINGER

I den siste delen av rapporten tar vi for oss andre anbefalinger og forhold som har betydning for arbeidet med implementering og bruk av KI-løsninger innen radiologi i Helse Nord.

Dette dreier seg om

- Valg av plattform for KI-løsninger innen radiologi
- Betydningen av god logistikk og arbeidsflyt
- Krav til IKT-infrastruktur, ROS-analyser og informasjonssikkerhet
- Konsekvenser av den regulatoriske endringen med innføring av MDR.
- Analyse av kost-nytte og erfaringer med implementering nasjonalt og internasjonalt
- Behov for kompetanseoppbygging og utdanning
- Behov for rutiner og veiledning knyttet til validering og kvalitetssikring av KI-verktøy
- Forvaltning av KI-løsninger

1.9 Valg av plattform som strategisk beslutning

De store PACS- og maskinleverandørene holder nå på å posisjonere seg slik at de også kan tilby en KI-plattform (økosystem/appstore for KI-verktøy). I tillegg har enkelte spesialiserte selskaper innen medisinsk kunstig intelligens begynt å tilby slike plattformer, slik at det i dag er ca. 30 ulike plattformer i markedet. Disse KI-plattformene baserer seg på en kombinasjon av tredjepartsprodukter og egenutviklede løsninger. Ved en anskaffelse av kommersielle KI-løsninger vil man derfor måtte ta stilling til om man også skal gå til anskaffelse av en KI-plattform eller om man skal starte i mindre skala og gå for enkeltstående KI-verktøy (algoritmer). Det er en rekke ulike faktorer som bør tas hensyn til ved en slik vurdering. Disse redegjøres for i kap. 10.

1.10 Betydningen av logistikk og arbeidsflyt

Betydningen av logistikk og arbeidsflyt dreier seg dels om teknisk tilretteleggelse av gode og brukervennlige grensesnitt mellom maskin, programvare og brukere, men også om organisering og tilpasning av rutiner for arbeidsflyt i det daglige arbeidet. Begge disse hensyn forutsetter godt samarbeid med og mellom ulike leverandører, med IKT-funksjonen og med helsepersonellet. Som sluttbrukere er helsepersonellets tilfredshet med innpasningen av KI-funksjonalitet i arbeidsflyten, av avgjørende betydning for å lykkes.

For å sikre at brukerne benytter seg av KI-løsninger i en travel hverdag, må slike løsninger – direkte eller via valgt plattform - være integrert i dagens arbeidsflyt i RIS/PACS med godt brukergrensesnitt. Videre må det utarbeides en arbeidsflyt som er tilpasset de ulike behovene innen de til dels svært forskjellige røntgenavdelingene ved våre fire helseforetak. Et annet aspekt knyttet til arbeidsflyt er behovet for å stratifisere funksjonalitet for ulike brukere

Logistikk og arbeidsflyt vil på overordnet nivå være ulikt for ø-hjelpspasienter og elektive pasienter. For ø-hjelpspasienter er hensikten til de aller fleste KI-applikasjoner å være en støttefunksjon for bedre triagering. Dette vil hjelpe vaktpersonell mht. hvilken undersøkelse de skal prioritere først å se på. Resultatet fra triageringen må vises på hensiktsmessig måte i radiologenes arbeidsliste. For elektive pasienter må det komme frem i arbeidslisten om undersøkelsen er gjennomgått av KI eller ikke, f.eks. med et eget elektivt KI-ikon. Positive funn her ville kunne presenteres på ulike måter, og i noen applikasjoner er det hensiktsmessig med strukturert rapport som lar seg integrere i beskrivelsen, f.eks. tabeller.

1.11 Infrastrukturelle forutsetninger og ROS-analyser

For å ivareta en god brukeropplevelse av IKT-tjenester innenfor bildediagnostikk må nødvendige samarbeidspartnere som Helse Nord IKT være rustet med både ressurser og kompetanse for å kunne levere nødvendige IKT-tjenester innen KI til ønsket tid. Ved implementering, drift, validering, m.m. av kommersielt anskaffede KI-verktøy kreves det at de infrastrukturelle forutsetningene som forvaltes av Helse Nord IKT er på plass. Dette gjelder bl.a. krav til lokal infrastruktur, skyløsninger, informasjonssikkerhet, osv.

Ved implementering av KI-verktøy må det tas stilling til om bilder skal overføres via skyløsning til leverandøren for prosessering, eller om det kan gjøres en lokal installasjon (On-prem) av KI-løsningen. Her varierer mulighetene for de ulike KI-verktøyene.

Når det gjelder ytterligere resonnementer og premisser rundt de infrastrukturelle forutsetningene, vil vi i denne rapporten nøye oss med å referere til kapitlene i den overordnede KI-strategien for Helse Nord (særlig kap. 6) der dette er mer utfyllende beskrevet. I tillegg har Helse Nord IKT ledet en konsept- og planfase om behovet for å opprette et nytt tjeneste- og fagområde i Helse Nord IKT for å understøtte både forskning og implementering av KI. Dette redegjøres kort for i kap. 12.

Tilfredsstillende informasjonssikkerhet er en forutsetning for å kunne ta i bruk KI-baserte beslutningsstøtteverktøy i Helse Nord. Innbyggere, pasienter og ansatte skal ha tillit til at Helse Nords sin behandling av helse- og personopplysninger gjennomføres med et forsvarlig sikkerhetsnivå. Vår anbefaling er at informasjonssikkerhetsaspektet ved KI inkluderes i det felles rammeverket for informasjonssikkerhet som nå er under gjennomføring i Helse Nord. I tillegg forventes det at den nasjonale Normen for informasjonssikkerhet utvides til å innbefatte KI-løsninger, og at denne legges til grunn i det videre arbeidet. Personvernforordningen krever at konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og robusthet skal være innebygget i løsningen. Innen KI for radiologi vil det være mest aktuelt at algoritmene kjøres i en ekstern skytjeneste. Dette stiller krav om anonymisering av data slik at det ikke er mulig å rekonstruere personsensitive opplysninger. Anonymisering av bilder tatt «inni kroppen» vil være vanskeligere å rekonstruere men må spesifikt adresseres i en ROS-analyse av det konkrete systemet. Ingen data skal lagres i den eksterne skyen. Det må også etableres retningslinjer om eierskap og rettigheter knyttet til bruk av bilder behandlet av algoritmen og om disse bildene kan brukes av selskapet for videre algoritmeutvikling.

Arbeidsgruppen anbefaler:

- Før KI-løsninger tas i bruk skal det gjennomføres en risiko og sårbarhetsanalyse, og iverksettes sikringstiltak som for andre systemer.

1.12 Regulatoriske endringer – fra MDD til MDR

I kapittel 13 er det redegjort for EU-kommisjonens regulatoriske grep ved å erstatte MDD (Medical Device Directive) med det nye MDR (Medical Device Regulative). I sistnevnte stilles det betydelig større krav til dokumentasjon og validering av løsningene, inkludert krav om at produsenten tar ansvar for oppdatering av produktets kvalitet i et livssyklusperspektiv. Det nye regulativet innebærer at nye løsninger for medisinsk utstyr og KI-algoritmer som skal inn på markedet etter mai 2022, må sertifiseres etter det nye regulativet, men innen mai 2024 må også tidligere MDD-sertifiserte produkter resertifiseres etter de nye krav i MDR. Det skjer også en endring i klassifiseringen av produkter etter risiko. Det får konsekvenser for et stort antall CE-merkede KI-produkter i radiologi som i henhold til MDD er sertifisert i klasse I ved selvdeklarasjon, men som i MDR må resertifiseres gjennom en samsvarsvurdering utført av eksternt Notified Body (klasse II). Det er i dette kapitlet redegjort nærmere for noen av de nye kravene som stilles i MDR.

Arbeidsgruppen anbefaler:

- At det ved anskaffelser av KI-algoritmer i Helse Nord stilles krav om at produktene er CE-merket i henhold til MDR før kontrakt signeres.

1.13 Helseøkonomiske analyser og implementeringsstudier

I kapittel 14.1 konstateres at det foreligger svært få HTA-analyser som sier noe om KI-løsningenes komparative effektivitet eller kost nytte i kliniske settinger. En fersk kunnskapsoppsummering av studier som tar for seg økonomisk evaluering av KI-algoritmer, identifiserte bare 20 studier som av tilstrekkelig kvalitet, vurdert etter kriteriene i det anerkjente helseøkonomiske rammeverket CHEERS; 9 av studiene var innen radiologi. I flertallet av disse studiene ble KI-løsningen vurdert som kostnadsbesparende, men det dreier seg om for få studier til å trekke generaliserende slutninger.

Det vises ellers til en kostnads-effektivitetsstudie av KI anvendt på deteksjon av karokklusjon ved akutte hjerneslag. Med empiri hentet fra det britiske hjerneslagregisteret, ble kvalitetsgevinstene målt ved QUALY (kvalitetsjusterte leveår). I sammenligningen med konvensjonelle arbeidsmåter, kom bruk av KI-algoritmen ut med en estimert besparelse på 11 millioner, dersom KI-løsningen ble tatt i bruk for denne pasientgruppen i hele Storbritannia.

Arbeidsgruppen anbefaler:

- At utprøving og implementering av KI-løsninger ledsages av egeninitiert helseøkonomisk følgeforskning
- At det etableres både nasjonal- og regional kompetanse på dette feltet, og at det organiseres et nasjonalt samarbeid om gjennomføring av følgeforskning ved innføring av KI i helsetjenesten.
- At det bør utvikles forenklede verktøy for kost-nytteanalyser – som en integrert del av Mini-HTA – og som kan tas i bruk av helseforetak og andre beslutningstakere i tilknytning til anskaffelser av KI-løsninger

I kapittel 14.2 tas utgangspunkt i den studien om implementering av KI-løsninger som Nasjonalt senter for ehelseforskning (NSE) nettopp har ferdigstilt. Denne studien er primært basert på intervjuer med en rekke aktører, både i Norge og utlandet, og på gjennomgang av aktuelle og relevante dokumenter og publikasjoner. Gjennom nevnte intervjuer, kom det fram at få virksomheter er kommet langt i implementeringen, og at en vesentlig del av de formidlede erfaringer er basert på pilotering og utprøving.

Basert på NSEs studie om implementering og andre kilder, anbefaler arbeidsgruppen at følgende hensyn legges til grunn ved implementering av KI-løsninger i Helse Nord:

- Forankring og støtte i både ledelse og fagmiljøer allerede fra starten av arbeidet
- Involvering av pasienter og pasientorganisasjoner i arbeidet
- Sørge for adekvat opplæring av det personell som skal delta i KI-implementering
- Tverrfaglig organisering av planleggings- og gjennomføringsprosessen

- Valg av algoritmer som er godt testet og validert, som har intuitive brukergrensesnitt og som legger til rette for god arbeidsflyt
- Legge til rette for understøttende infrastruktur og god tilgang til relevante data

I kapittel 14.3 er det vist til det nasjonale koordineringsprosjektet for kunstig intelligens, ledet av Helsedirektoratet i samarbeid med andre direktorater, de regionale helseforetakene og KS. Vi har kort omtalt tre viktige dokumenter som er publisert i regi av dette prosjektet; det gjelder 1) *Tilrettelegging for bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten - med utgangspunkt i det radiologiske fagområdet* (oktober 2021); *Kunstig intelligens i helsetjenesten – status og veien videre for det nasjonale koordineringsprosjektet* (oktober 2022); og *Tilgang til data til kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten* (oktober 2022).

Arbeidsgruppen anbefaler at:

- Personell og miljøer som skal planlegge, forberede eller ta i bruk KI i våre helseforetak setter seg inn i ovennevnte nasjonale rapporter.

1.14 Kompetansebygging og utdanning

Kapittel 15 dreier seg om utdannings- og kompetansebehov for å ta i bruk KI innen radiologifeltet. Det er både behov for å inkorporere kunnskap om KI i grunnutdanningen for radiologer og radiografer, og for å iverksette kompetanseutviklende tiltak overfor de mange som er ferdig med sin utdanning og er i aktiv tjeneste.

I kapitlet redegjøres for rapporten om *Styrking av utdannings- og opplæringstilbud innrettet mot kunstig intelligens i helsetjenesten*, i regi av UiT Norges arktiske universitet. Arbeidsgruppen vurderer forslagene i denne rapporten som noe passive, gitt de store kompetansebehovene som foreligger på dette feltet.

Arbeidsgruppen anbefaler:

- At kompetanse om KI bygges inn i grunnutdanningen både for radiologer og radiografer
- At personell som skal ta i bruk KI-løsninger ved røntgenavdelingene, gis adekvat opplæring i form av kurs (ordinære kurs og e-læringskurs)
- At det tas et regionalt ansvar for nødvendig kompetanseutvikling
- At det etableres et fagnettverk for KI - bestående av radiologer og radiografer – utgått fra det regionale forvaltningsforum for radiologi.

1.15 Validering av kvalitetssikring av K-verktøy

I kapittel 16 har vi samlet problemstillinger knyttet til valideringsbehov, målemetoder for validering og sammenligning av algoritmer med radiologer som komparanter. Den viktigste begrunnelsen for å validere kommersielle radiologi-algoritmer før de tas i bruk, er at de er utviklet på grunnlag av data fra andre land, og – med få unntak – heller

ikke validert mot norske pasientdata. Behovet for validering følger også av det faktum at en betydelig andel av de kommersielle algoritmene mangler vitenskapelig evidens i form av uavhengige fagfellevurderte studier. Valideringen bør skje på grunnlag av standardiserte og anerkjente metoder, og med både «ground truth» (evidens) og radiolog-komparenter som referanse.

Arbeidsgruppen anbefaler:

- I startfasen bør alle nye algoritmer som vurderes anskaffet, valideres mot retrospektive lokale pasientdata i dialogfasen av kvalifiseringsfase av anskaffelsen
- Validering bør gjennomføres på grunnlag av nasjonale, standardiserte retningslinjer
- Ved anskaffelser bør algoritmene testes mot både sensitivitet (andelen sanne positive) og spesifisitet (andelen sanne negative), og avveiningen mellom disse mål må tilpasses de respektive hensyn til både pasientsikkerhet og ressursbruk
- Algoritmenes kvalitet (treffsikkerhet) bør også vurderes og sammenlignes med gjennomsnittskvaliteten på radiologenes treffsikkerhet
- I den grad innkjøpsprosesser faller sammen i tid, bør det søkes samarbeid om validering med helseforetak utenfor Helse Nord.
- Fordi validering av stadig nye algoritmer vil kunne bli svært transaksjonskrevende, bør det etter hvert gjøres evaluering av behovet for validering av nye algoritmer mot egne pasientdata

1.16 Forvaltning av KI-verktøy

Innføring av kunstig intelligens krever god forvaltning av de ulike KI-løsningene. Løsningene som anskaffes vil være regionale, og forvaltningsansvaret bør ligge på et tverrfaglig regionalt forum bestående med representanter fra Helse Nord IKT, Felles funksjonell forvaltning av kliniske system og fagmiljøet. Det må foreligge klare funksjonsbeskrivelser samt beskrivelse av oppgaver mellom de ulike instansene i det tverrfaglige forumet.

De felles regionale kliniske IKT-løsningene forvaltes i dag i delt løsning mellom Felles funksjonell forvaltning kliniske system plassert i UNN HF og Helse Nord IKT (teknisk og merkantil forvaltning). Det er innenfor denne modellen etablert flere fora som Systemforvaltningsforum og arbeidsgrupper som kan inngå i en modell for forvaltning av KI-løsninger.

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Siw Skår

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 42-2023

Interregionalt arbeid med sjeldenfeltet

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om interregionalt arbeid med sjeldenfeltet til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til arbeidet:
 - a) ...
 - b) ...
 - c) ...

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Formål:

Formålet med saken er å orientere Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF om interregionalt arbeid med oppdrag om sjeldenfeltet, og samtidig åpne for innspill til arbeidet.

Beslutningsgrunnlag

De regionale helseforetakene (RHFene) fikk i 2022 likelydende oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet (HOD):

Det vises til tiltak i Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser. De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med brukerorganisasjonene og andre relevante aktører, utrede hvordan likeverdig og rask tilgang til høyspesialisert utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser best kan ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Det skal vurderes om det bør etableres nasjonale og/eller regionale tilbud. I arbeidet skal også utredning av et nasjonalt register for sjeldne diagnoser inngå. Sistnevnte må sees i sammenheng med oppdrag til Direktoratet for e-helse om kodeverk innen sjeldenområdet. I arbeidet skal det sees hen til internasjonalt arbeid med sjeldenområdet.

Bakgrunn for oppdraget

I 2021 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet *Nasjonalt strategi for sjeldne diagnoser* (1). Strategien har fem hovedmål:

- Likeverdig og raskere tilgang til utredning og diagnostisering av god kvalitet
- Likeverdig tilgang til behandling og oppfølging av god kvalitet
- Gode pasientforløp, bedre samhandling og koordinering
- Mestring av hverdagen med en sjelden sykdom eller tilstand
- Kunnskap og kompetanse – samarbeid, forskning og registre

I strategien anbefales ti tiltak som oppfølging for å nå de ulike målene, og dette oppdraget er en oppfølging av flere av de anbefalte tiltakene.

Organisering av arbeidet

Arbeidet er organisert som et interregionalt prosjekt med deltakere fra alle regioner, en styringsgruppe og en referansegruppe. Brukerrepresentanter er oppnevnt og deltar i styringsgruppen og i referansegruppen. Videre er brukerorganisasjonene involvert i arbeidet via Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD).

Prosjektets leveranse

Prosjektets hovedleveranse er en utredning om følgende hovedtema:

- Hvordan tjenesten kan organiseres med nasjonale og/eller regionale tilbud for å tilrettelegge best mulig for *likeverdig* og *rask* tilgang til høyspesialisert utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser.
- Hvordan et nasjonalt register for sjeldne diagnoser kan etableres, herunder avklaringer vedrørende bruk av kodeverk innen sjeldenområdet.
- Hvordan sjeldenfeltet i Norge kan dra vekslers på internasjonalt arbeid med sjeldenområdet og imøtekomme krav som gjelder for deltagelse i European Reference Networks (ERN)/europiske referansenettverk.

Mandat for arbeidet er vedlagt. Arbeidet er avgrenset til spesialisthelsetjenesten, selv om både primærhelsetjenesten og andre aktører utenfor helsetjenesten er viktige for et helhetlig tilbud til personer med sjeldne diagnoser. Rapport med anbefalinger skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juli 2023.

Tilbud til personer med sjeldne diagnoser

Alle helseforetak og de fleste spesialiteter er på ulike måter involvert i utredning, diagnostisering og behandling av personer med sjeldne diagnoser; noen mer enn andre, som for eksempel habiliteringsavdelinger og genetiske avdelinger.

Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, NKSD

[NKSD](#) ble etablert i 2014, og består av en overordnet fellesenhet og ni kompetansesenter¹ med ulikt innhold. Tjenesten skal bidra til at personer med utvalgte sjeldne diagnoser får et likeverdig og individuelt tilpasset tilbud i et livsløpsperspektiv. Målgruppene er brukere, deres familier og tjenesteapparatet på ulike nivå.

I 2017-2018 ble det gjennomført en helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i Norge. I dette arbeidet ble NKSD holdt utenfor, i påvente av *Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser*. Helhetlig gjennomgang medførte en presisering om at nasjonale kompetansetjenester skal avvikles fem eller ti år etter etablering, avhengig av om de er opprettet for å dele kompetanse eller for å utvikle ny kompetanse. Videre ble det etablert en ordning for at kompetansetjenester som avvikles kan videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk eller som nasjonale senter.

Ut fra disse føringene skal NKSD avvikles som nasjonal kompetansetjeneste fra 2024, og i det pågående arbeidet som her skisseres vil det bli gjort en vurdering av i hvilken form NKSD skal videreføres, jf. alternativene nevnt ovenfor. Det sentrale er å bevare kompetansen som er utviklet, og legge til rette for videre utvikling og implementering av ny kunnskap knyttet til sjeldne diagnoser.

Hva er gjort så langt

Det er gjennomført dialogmøter med NKSD; både fellesenheten og de ni underliggende sentrene, for å få innspill til hvilke utfordringer de erfarer i dagens organisering. Det er utarbeidet en interessentanalyse, og gjennomført møter med interessentene med etterfølgende skriftlige innspill. Tilbakemeldinger fra interessentene, i tillegg til skriftlige innspill fra aktuelle fagmiljø i helseforetakene, samt innspill i paneldebatt under årets sjeldendag 28. februar 2023 er viktige informasjonskanaler for prosjektgruppen både for å nyansere utfordringsbildet og kunne foreslå virksomme og realistiske tiltak.

¹ De ni sentrene er: 1) Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser, Stiftelse, 2) Nasjonalt kompetansesenter for porfyrisykdommer (NAPOS), Haukeland universitetssykehus, 3) Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne epilepsirelaterte diagnoser (NKSE), Oslo universitetssykehus, 4) Norsk nevromuskulært kompetansesenter (NMK), UNN, 5) Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom), Oslo universitetssykehus, 6) Norsk senter for cystisk fibrose (NSCF), Oslo universitetssykehus, 7) Senter for sjeldne diagnoser (SSD), Oslo universitetssykehus, 8) Nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne diagnoser (TAKO-senteret), Lovisenberg Diakonale Sykehus, 9) TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser - Sunnaas sykehus

Tilbakemeldingene kan oppsummeres slik:

- Det er behov for å gjøre informasjon om sjeldne sykdommer og hvilke tilbud som finnes mer tilgjengelig, både for befolkningen generelt, personer med sjeldne diagnoser og fagfolk. I dag oppleves informasjonen fragmentert og med for stor variasjon.
- Det er behov for å styrke og formalisere samarbeidet mellom sjeldensentrene og øvrig spesialisthelsetjeneste.
- Det anbefales at dagens fellesenhet i NKSD består også etter avvikling av kompetansetjenesten, med tydelig mandat og forankring i styringslinjen.
- Sjeldensentrene videreutvikles til å omfatte flere sjeldne diagnoser.
- Spisskompetansen innen sjeldenfeltet bør fortsatt være sentralisert/ mest mulig samlet, men det understrekes at å ha gode systemer for å dele kompetansen med lokalt fagmiljø er viktig for å opprettholde likeverdige tilbud i hele landet.
- Samarbeidet med internasjonalt fagmiljø styrkes, blant annet ved å tilrettelegge for deltakelse i flere europeiske referansenettverk (ERN), og ved at deltakelse forankres nasjonalt gjennom nasjonale referansenettverk.

Konklusjon

Det er etablert et interregionalt prosjekt for å besvare oppdraget som er gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet angående sjeldenfeltet. Sentralt i arbeidet er å foreslå tiltak for hvordan spesialisthelsetjenesten kan organiseres for å tilrettelegge for likeverdig og rask tilgang til høyspesialisert utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser.

Prosjektet har samlet erfaringer og innspill/råd fra ulike interessenter, som i stor grad er sammenfallende, og som vil bli brukt som grunnlag for tiltak. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å gi innspill til arbeidet.

Vedlegg:

1. Mandat: Utredning av organisering av høyspesialisert utredning, diagnostikk, behandling og registerløsning for pasienter med sjeldne diagnoser

Utrykt vedlegg:

1. Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1bc4b02a80c04553ba6d95170aa0a272/no/pdfs/i-1209-b-strategi-for-sjeldne-diagnoser.pdf>

	Dato: 28.08.2022	Side: 1 / 7
Mandat – Organisering av sjeldenfeltet	Referanse PPM-verktøy:	Referanse til regnskap: xxxxxx

Prosjektmandat

Utredning av organisering av høyspesialisert utredning, diagnostikk, behandling og registerløsning for pasienter med sjeldne diagnoser

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Jan Frich	Prosjekteier	Viseadm. dir. Helse Sør-Øst RHF	28.8.2022

	Dato: 28.08.2022	Side: 2 / 7
Mandat – Organisering av sjeldenfeltet	Referanse PPM- verktøy:	Referanse til regnskap: xxxxxx

INNHALDSFORTEGNELSE

1	PROSJEKTETS NAVN	3
2	PROSJEKTEIER	3
3	BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET	3
4	PROSJEKTMÅL OG OPPGAVER	4
4.1	PROSJEKTETS LEVERANSE	4
4.2	INVOLVERING OG AVGRENSINGER.....	4
5	GJENNOMFØRING OG ORGANISERING	4
5.1	OMFANG OG GJENNOMFØRING.....	4
5.2	STYRING OG ORGANISERING	5
5.3	MEDVIRKNING.....	6
5.4	TIDSRAMME	6
5.5	ØKONOMI	7

	Dato: 28.08.2022		Side: 3 / 7
	Referanse PPM-verktøy:	Referanse til regnskap: xxxxx	

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring/status	Produsent	Godkjent av
1.0.	28.8.2022		Godkjent versjon	JF	JF

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dok.id.	Versjon	Arkiv	Dato
1	Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet for Helse Sør-Øst RHF for 2022				
2	Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser				

1 PROSJEKTETS NAVN

Utredning av organisering av høyspesialisert utredning, diagnostikk, behandling og registerløsning for pasienter med sjeldne diagnoser («Organisering av sjeldenfeltet»).

2 PROSJEKTEIER

Det interregionale fagdirektørmøtet v/viseadministrerende direktør Jan Frich, Helse Sør-Øst RHF.

3 BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET

En sjelden tilstand defineres som en helsetilstand med lav prevalens dvs. med forekomst færre enn 5 av 10.000 innbyggere.

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Sør-Øst RHF for 2022, under kapittel 3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp, har departementet gitt følgende utredningsoppdrag:

«Det vises til tiltak i Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser. De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med brukerorganisasjonene og andre relevante aktører, utrede hvordan likeverdig og rask tilgang til høyspesialisert utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser best kan ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Det skal vurderes om det bør etableres nasjonale og/eller regionale tilbud. I arbeidet skal også utredning av et nasjonalt register for sjeldne diagnoser inngå. Sistnevnte må sees i sammenheng med oppdrag til Direktoratet for e-helse om kodeverk innen sjeldenområdet. I arbeidet skal det sees hen til internasjonalt arbeid med sjeldenområdet.»

	Dato: 28.08.2022	Side: 4 / 7
Mandat – Organisering av sjeldenfeltet	Referanse PPM- verktøy:	Referanse til regnskap: xxxxxx

I interregionalt fagdirektørmøte 20. juni 2022 ble et foreløpig og overordnet mandat med beskrivelse av tilnærmingen til oppdraget drøftet, herunder organisering, medvirkning og tidsperspektiv for arbeidet.

4 PROSJEKTMÅL OG OPPGAVER

Helse Sør-Øst RHF skal, jf. oppdragsdokumentet og formålet med [Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser](#) fra 2021, lede en utredning av hvordan likeverdig og rask tilgang til høyspesialisert utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser best kan ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet skal også vurdere organisering av nasjonalt register for sjeldne diagnoser.

4.1 Prosjektets leveranse

Prosjektets hovedleveranse er en utredning om følgende hovedtema:

- Hvordan tjenesten kan organiseres med nasjonale og/eller regionale tilbud for å tilrettelegge best mulig for *likeverdig* og *rask* tilgang til høyspesialisert utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser.
- Hvordan et nasjonalt register for sjeldne diagnoser kan etableres, herunder avklaringer vedrørende bruk av kodeverk innen sjeldenområdet.
- Hvordan sjeldenfeltet i Norge kan dra veksler på internasjonalt arbeid med sjeldenområdet og imøtekomme krav som gjelder for deltagelse i European Reference Networks (ERN) / europeiske referansenettverk.


4.2 Involvering og avgrensinger

- Prosjektet skal bygge på sjeldenstrategien og legge til grunn det arbeidet som allerede er gjort.
- Aktører på sjeldenfeltet avgrenses til tjenesteyterne, representert ved dagens Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD) og de ni sentrene som sorterer under fellesenheten, de fire regionale helseforetakene og underliggende helseforetak.
- Tjenesteytere i primærhelsetjenesten eller andre tjenesteytere på kommunalt nivå inngår ikke i utredningen.
- Involvering av brukerorganisasjoner omtales under punkt 5.2 og 5.3.

5 GJENNOMFØRING OG ORGANISERING

5.1 Omfang og gjennomføring

Organisering av sjeldenfeltet berører alle regionale helseforetak og tilhørende helseforetak som tilbyr diagnostikk og pasientbehandling, brukere og pårørende. Prosjektet har representanter

	Dato: 28.08.2022	Side: 5 / 7
Mandat – Organisering av sjeldenfeltet	Referanse PPM- verktøy:	Referanse til regnskap: xxxxxx

fra alle regioner i både prosjektgruppe og styringsgruppe. Brukerne er representert i styringsgruppen og i referansegruppe(r).

Overordnet skal utredningen omfatte hovedtema som nevnt under punkt 4.1. For å synliggjøre omfanget av utredningen og ressursbehovet, skisseres her en foreløpig oversikt over innholdselementer i utredningen:

- Drøfting av begreper i oppdraget: Hva menes med likeverdighet hva angår henholdsvis utredning, diagnostikk og behandling?
- Beskrivelse av dagens organisering av sjeldenfeltet og pågående endringer av øvrige kompetansetjenester nasjonalt
- Utviklingstrekk på sjeldenområdet, herunder nye diagnostiske muligheter, nye behandlingsmuligheter og kliniske studier og koblingen mot andre oppdrag innen persontilpasset medisin.
- Beskrivelse og forslag til tiltak for å fremme likeverdig og rask utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser, med vekt på følgende spørsmål:
 - Hva trengs av nasjonal overbygning for å bidra til nødvendig samordning av informasjon og rådgivning om sjeldne diagnoser generelt og oppfølging av kompetansetjenester og kliniske tilbud?
 - I hvilken grad kan eller bør utredning, diagnostikk og behandling helt eller delvis ivaretas gjennom regionale tilbud eller nasjonale tilbud? Er det behov for å styrke det kliniske tilbudet om utredning, diagnostikk og behandling i hver region? Hva bør fortsatt organiseres i nasjonale tjenester?
 - Hvordan skal deltakelse i europeiske referansenettverk (ERN) koordineres nasjonalt og hvordan kan det internasjonale samarbeidet styrkes?
 - Hva trengs for å etablere et nasjonalt register for sjeldne diagnoser/videreutvikle eksisterende register ved Oslo universitetssykehus? Her er det nødvendig med dialog og avklaringer med Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet om kodeverk innen sjeldenområdet (ICD-11 versus ORPHA-koder).

Innholdselementer vil kunne justeres underveis i arbeidet.

5.2 Styring og organisering

Det etableres en interregional styringsgruppe for prosjektet som rapporterer til det interregionale fagdirektørmøtet.

Styringsgruppen har følgende sammensetning:

Leder: Avdelingsdirektør Knut Even Lindsjørn, Helse Sør-Øst RHF

Medlemmer: En representant fra hver av de øvrige helseregionene

	Dato: 28.08.2022	Side: 6 / 7
Mandat – Organisering av sjeldenfeltet	Referanse PPM-verktøy:	Referanse til regnskap: xxxxxx

- 1 brukerrepresentant fra FFO
- 1 representant for regionalt brukerutvalg HSØ
- 2 konserntillitsvalgte

Prosjektgruppen har følgende sammensetning:

Leder: Fagsjef Toril Orrestad, Helse Sør-Øst RHF

Sekretariat: Prosjektleder har redigeringsansvar for utredningen og sørger for innhenting av nødvendige innspill og analyser. NKSD bistår med å fremskaffe og sammenstille informasjon. Sekretariat i Helse Sør-Øst RHF bistår med praktisk tilrettelegging i forbindelse med møter.

Medlemmer: En representant fra hver av helseregionene

Andre: Som ad hoc deltakere i arbeidsmøter og som bidragsyttere i utredningen inviteres representanter fra NKSD, tjenestene (de ni kompetansesentrene), kompetansenettverk for persontilpasset medisin og evt. andre ressurser som innehar kompetanse som kreves for å ferdigstille utredningen.

5.3 Medvirkning

Det er viktig at utredningen ikke skaper uro i fagmiljøet, med tap av kompetanse som konsekvens, og derfor vil det være viktig å ha god dialog med relevante fagmiljøer og brukerorganisasjoner.

Utredningen vil berøre forhold som har mange interessenter, og det skal legges vekt på god medvirkning, evt. også innhentes bidrag til utforming av delkapitler, og derfor vil det innledningsvis i prosjektet utarbeides en interessentanalyse.

Konserntillitsvalgte (KTV) og brukere deltar i styringsgruppen, men det forutsettes også involvering på regionalt nivå gjennom etablerte samarbeidsfora i de regionale helseforetakene. Deltagere i arbeidsgruppen har ansvar for involvering/medvirkning i hver sin region.

Helseforetak og sykehus med opptaksområde inviteres til å uttale seg om hva som skal til for å fremme likeverdig og rask utredning, diagnostikk og behandling. Det er den enkelte prosjektdeltaker/representant fra regionalt helseforetak som sørger for innspill fra regionens helseforetak.

Det nedsettes en referansegruppe bestående av relevante brukerorganisasjoner og andre relevante miljøer. Det kan også avholdes innspills- og dialogmøter med relevante aktører etter behov.

5.4 Tidsramme

Prosjektet/utredningsarbeidet har oppstart august 2022.

	Dato: 28.08.2022	Side: 7 / 7
Mandat – Organisering av sjeldenfeltet	Referanse PPM- verktøy:	Referanse til regnskap: xxxxxx

Det skal gis en status for utredningsarbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet i rapportering i årlig melding for 2022. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 15. mars 2023.

Utredningen vil etter planen overleveres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juli 2023.

Endringer i organisering av sjeldenfeltet vil tidligst kunne skje fra 2024.

5.5 Økonomi

Hver helseregion dekker utgifter til egen deltakelse. Helse Sør-Øst RHF dekker øvrige prosjektutgifter.

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Kari Bøckmann

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 43-2023

Regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging – oppnevning av ungdomsrepresentant

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF oppnevner *NN* som ny ungdomsrepresentant i Regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord.

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Formål:

Det er etablert et regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord. Regionalt brukerutvalg oppnevnte Ole Marius Minde Johnsen og Susanne Regine Inga (ungdomsrepresentant) som brukerrepresentanter i nettverket, *RBU-sak 100-2021 Oppnevning av deltakere til regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord*. Leif-Birger Mækinen har i ettertid overtatt som representant for Ole Marius Minde Johnsen. Susanne Regine Inga trer nå ut av vervet som ungdomsrepresentant og Helse Nord RHF ber derfor om at det oppnevnes en ny ungdomsrepresentant.

Bakgrunn

Etableringen av kompetansenettverket er forankret i oppdragsdokumentet i 2021: *Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.*

Rammen for nettverket er beskrevet i et mandat (vedlagt). Mandatet er utarbeidet etter innspill fra- og i samarbeid med klinikkledere innen psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord, RVTS Nord (et regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), Vivat selvmordsforebygging, og Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet. Fagsjefene i helseforetakene har godkjent mandatet.

Vedlegg: Regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord - mandat

Regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord - mandat

Dette mandatet beskriver mål med Regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging, aktuelle oppgaver, ledelse og sammensetning av nettverket. Nettverket opprettes høsten 2021.

Bakgrunn:

Fra oppdragsdokumentet 2021:

Fra HOD til HN RHF:

Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF skal etablere regionale kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Helse Nord RHF skal etablere et nettverk som også består av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.

Fra HN RHF til HF-ene:

Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.

Mandat:

Arbeidet i nettverket skal utføres i tråd med Nasjonal handlingsplan for selvmordsforebygging (2020) og revisjon av nasjonal retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern (2021).

Nettverket skal:

- Bidra til å styrke selvmordsforebyggende arbeid i helseforetakene
- Bidra med kompetansehevende tiltak rettet mot helsepersonell gjennom strukturert undervisning og veiledning, med særlig fokus på opplæring av nyansatte
- Styrke tverrfaglig samarbeid gjennom nettverksbygging, inkludert samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester
- Spre kunnskap om samisk språk og kultur med hensyn til selvmordsforebyggende tiltak

Aktuelle oppgaver:

Gi innspill til oppfølging av revidert nasjonal retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern.

Bidra med faglige innspill ved planlegging av regionale kurs og konferanser.

Undervise om:

- behandling av pasientgrupper med forhøyet selvmordsrisiko
- vurdering av selvmordsrisiko hos pasienter med spesielle utfordringer knyttet til kognitive funksjonsnedsettelse og utviklingsproblematikk
- oppfølging av pårørende og etterlatte
- ivaretagelse av helsepersonell etter selvmord/selvmordsforsøk hos pasienter

Ved behov, være høringsinstans ved utvikling og innføring av rutiner og verktøy.

Ved kompetansehevede tiltak som seminarer og konferanser bør det vurderes å invitere kommunehelsetjenesten og helsepersonell fra somatiske spesialisthelsetjenester.

Organisering:

Nettverket skal ledes og driftes av Regionalt ressurscenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging -Nord (RVTS-Nord).

Medlemmer:

Nettverket skal bestå av to medlemmer fra hvert helseforetak, en fra psykisk helsevern for voksne og en fra psykisk helsevern for barn og unge. Kompetanse innenfor samisk språk og kultur skal vektlegges ved oppnevning.

En representant fra Regionalt kompetansenettverk for Pasientsikkerhet

To brukerrepresentanter, hvorav en ungdomsrepresentant, skal oppnevnes av Regionalt brukerutvalg.

Møtevirksomhet

Kompetansenettverket skal møtes jevnlig og det bør minimum avholdes seks møter i per år, hvorav to bør være fysiske møter.

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Tove A. Pedersen/Pernille Aune/
Cecilie Henriksen

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 44-2023

Regional pasientsikkerhetskonferanse - oppnevning av brukerrepresentant

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg oppnevner *NN* som brukerrepresentant til referansegruppen til programkomitéen for Regional pasientsikkerhetskonferanse 2024.
2. Regionalt brukerutvalg oppnevner *NN* som brukerrepresentant til programkomitéen for Regional pasientsikkerhetskonferanse 2024.

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Formål:

Det er behov for en brukerrepresentant i referansegruppen til programkomitéen, samt en brukerrepresentant i programkomitéen for Regional pasientsikkerhetskonferanse som skal avvikles 13.-14. februar 2024.

Bakgrunn

Formålet med Regional pasientsikkerhetskonferanse er:

- Regional nettverksbygging
- Kompetanseløft innen pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, i tråd med nasjonale og internasjonale trender og føringer
- Kunnskapsdeling mellom foretakene i Helse Nord, og mellom ulike nivå i foretakene

Målgruppen for konferansen er klinisk personell (som jobber pasientnært), administrasjon/ledere, styremedlemmer og tillitsvalgte, og brukerrepresentanter for Regionalt brukerutvalg, brukerutvalg og ungdomsråd i helseforetak.

Beslutningsgrunnlag

Nordlandssykehuset HF ved leder av programkomitéen for Helse Nords pasientsikkerhetskonferanse 2024 inviterer Regionalt brukerutvalg til å oppnevne en brukerrepresentant til referansegruppen for programkomitéen, og en brukerrepresentant til selve programkomitéen. Arbeidet starter før sommeren 2023.

Fra august 2023 vil det gjennomføres omtrent ukentlige møter i programkomitéen fram mot konferansen avvikles i februar 2024. Det vil imidlertid ikke være behov for deltakelse fra brukerrepresentanten i alle disse møtene, og representanten vil hentes inn ved behov knyttet til aktuelle tema og problemstillinger.

I referansegruppen for programkomitéen anslås det 2-3 møter i løpet av høsten 2023.

Det er ønskelig med følgende erfaring fra brukerrepresentantene som oppnevnes:

- Relativt fersk brukererfaring er en fordel
- Erfaring fra flere deler av spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge
- Å ha et bredt kontaktnett av mennesker med erfaringskompetanse vil være en stor fordel
- Erfaring med å fasilitere og/eller holde egne presentasjoner er en fordel

Frist for tilbakemelding er 23. mai 2023.

Vedlegg:

1. Etablering av referansegruppe til Helse Nords pasientsikkerhetskonferanse 2024
2. Oppnevning av brukerrepresentant programkomité til Regional pasientsikkerhetskonferanse – invitasjon



HELSE NORD RHF
Postboks 1445
8038 BODØ

Deres ref.:

Vår ref.:
2019/3713

Saksbehandler:
Tove Anita Pedersen

Sted/dato:
Bodø, 03.04.2023

Etablering av referansegruppe til Helse Nords pasientsikkerhetskonferanse 2024

Programkomitéen for Helse Nords pasientsikkerhetskonferanse ønsker å opprette en referansegruppe i forbindelse med planleggingen av konferansen 2024. Referansegruppen skal bistå programkomitéen å sikre at programmet er i henhold til formålet med konferansen, samt at konferansen både med innhold og format treffer de ulike målgruppene.

Programkomitéen 2023 bestod av:

- Tove Anita Pedersen, leder av programkomite (Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet, RKPS)
- Berit Enoksen (RKPS)
- Pernille Aune (RKPS)
- Mette Fredheim (UNN)
- Elin Sagbakken (FIN)
- Ninja Hansen (HSYK)
- Ingrid Bredesen Hangaas, kommunikasjonsmedarbeider (Helse Nord)
- Knut Langeland (Helse Nord)
- Gunnhild Berglen (RBU)

Om referansegruppen

For å sikre et kvalitativt godt og relevant program er følgende interessenter invitert til å delta i referansegruppen:

- Brukerrepresentant
- HR / personal
- Opptil to konserntillitsvalgte/konsernverneombud
- Representant fra Kvalitetsavdeling Helse Nord
- Samisk-kulturell representant
- En representant fra hhv UNN, HSYK, NLSH og FSYK

Det er planlagt å avholde to telefonmøter i referansegruppen i perioden september – november 2023.

Om Helse Nords pasientsikkerhetskonferanse

Konferanse avholdes årlig. Neste års konferanse avholdes i Tromsø 13.-14. februar. Det er satt en ramme på 400 deltakere (fysisk) og et budsjett som tidligere på 1 mill. kr.

Dersom konferansen skal være hybrid må det gjøres en vurdering av finansieringen. Dette vil da bli diskutert med Helse Nord RFH.

Konferansens målgruppe er:

- Klinisk personell (de som jobber pasientnært)
- Administrasjon/ledere, styremedlemmer og tillitsvalgte
- Brukerrepresentanter for RBU, BU og UR

Formålet med konferansen er:

- regional nettverksbygging,
- kompetanseløft innen pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, i tråd med nasjonale og internasjonale trender og føringer
- kunnskapsdeling; mellom foretakene i Helse Nord, og mellom ulike nivå i foretakene

Konferansen arrangeres over 2 dager og vil inneholde felles forelesninger og parallellsesjoner/ workshop'er.

Dag 1 er fra kl. 12.00-18.00, med felles middag på kvelden.

Dag 2 er fra kl. 08.30-15.00. Workshop'er gjennomføres på dag 2.

Tema for konferansen 2024 er ikke satt, og referansegruppen skal kunne bidra til innhold til konferansen i første referansegruppemøte. Et mer detaljert forslag til program vil kunne legges frem for referansegruppen da.

Oppsummering

Vi inviterer dere til å delta i referansegruppe for Helse Nords pasientsikkerhetskonferanse 2024. Vi ber om tilbakemelding på oppnevning av representanter til referansegruppa innen **23.05.2023**.

Vennlig hilsen

Tove Anita Pedersen
leder i programkomiteen 2024

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet har siden 2013 avholdt årlig regional pasientsikkerhetskonferanse. Evalueringer viser at konferansen oppleves som en nyttig og kvalitativt god læringsarena på sitt felt, både i og utenfor Helse Nord. Neste års konferanse vil avholdes i Tromsø 13. - 14. februar 2024.

Formålet med konferansen er:

- regional nettverksbygging,
- kompetanseløft innen pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, i tråd med nasjonale og internasjonale trender og føringer
- kunnskapsdeling; mellom foretakene i Helse Nord, og mellom ulike nivå i foretakene

Dette er en henstilling til Regionalt brukerutvalg til å bidra med én person i programkomiteen for konferansen i 2024. Det vil ikke være behov for opprettelse av vararepresentant, da det ikke er obligatorisk oppmøte på alle komitemøter. Det forventes deltakelse på konferansen, samt utføre noen arbeidsoppgaver knyttet til planlegging av konferansen.

Vi ber også om tilbakemelding om brukerutvalget ikke ser å kunne avse egne ressurser til dette arbeidet.

De siste årene har brukerrepresentant deltatt i programkomiteen. Komiteens representant for konferansen 2023 var Gunnhild Berglen, pårørenderepresentant og nestleder i Regionalt brukerutvalg (RBU). Før dette har Nikolai Raabye Haugen fra RBU, samt leder for ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset bidratt godt inn i programkomiteen.

Ønskelig erfaring fra brukerrepresentant:

- Det er en fordel med relativt fersk brukererfaring
- Erfaring fra flere deler av spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge
- Stor fordel med å ha et bredt kontaktnett av mennesker med erfaringskompetanse
- Fordel med erfaring med å fasilitere og/eller holde egne presentasjoner

Programkomiteen starter sitt arbeid før sommeren 2023, fra august 2023 vil komiteen gjennomføre omtrent ukentlige møter fram mot konferansen i februar. Komiteen er en arbeidsgruppe, og det forventes at man tar aktivt del i arbeidsplanleggingen av konferansen. I tillegg er det komiteen som planlegger og styrer interaksjonen med deltakerne.

Brukerrepresentantens oppgaver og deltakelse i arbeidsmøter, avklares fortløpende i dialog med leder av programkomiteen. Det forventes ikke at brukerrepresentant deltar på *alle* møter. Arbeidsmøter gjennomføres digitalt. Brukerrepresentant deltar fysisk ved konferansedagene. Komiteens arbeid avsluttes etter evaluering av konferansen er gjennomført, februar/mars 2024.

Siden det skal avholdes programkomitemøter før sommeren, ber vi om svar innen **14. mai**.

På forhånd tusen takk.

Med vennlig hilsen

Tove Anita Pedersen | leder av programkomite
Helse Nord's pasientsikkerhetskonferanse 2024
Helse Nord | Regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet
Kontor: 75570877

Møtedato: 22.05.2023

Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Mietinen/Kalstad

Dato:
09.05.2023

RBU-sak 45-2023

Evaluering av tilbud til pasienter med hjerteinfarkt i Helse Nord - oppnevning av brukerrepresentant

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg oppnevner *NN* til å delta i prosjektgruppen som skal ivareta evaluering av tilbud til pasienter med hjerteinfarkt i Helse Nord.

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Formål

Det bes om oppnevning av en representant fra Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF til prosjektgruppen som skal utarbeide mandat og organisere evaluering av tilbud til pasienter med hjerteinfarkt i Helse Nord.

Evaluering skal gjennomføres høsten 2023 og vil ivaretas av ekstern ekspertgruppe. Arbeidet med mandatet skal gjøres innen juni 2023.

Bakgrunn

Evaluering av tilbud til pasienter med hjerteinfarkt i Helse Nord gjennomføres for å kartlegge om intensjonen beskrevet i styresak 137-2017 *PCI behandling av hjerteinfarkt i Helse Nord - risikovurdering og supplerende informasjon, oppfølging av styresak 108-2017* er oppnådd. Likeverdig tilgjengelighet var førende for denne prioriteringen. Bakgrunn for vedtak var et mål om bedre tilgang til PCI til pasienter med hjerteinfarkt fra Nordland og å styrke pasienttilbudet til pasienter med hjerteinfarkt i hele region.

Beslutningen om å evaluere opprettelse av PCI tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø er beskrevet i punkt 2 i *styresak 137-2017 PCI i behandling av hjerteinfarkt i Helse Nord - risikovurdering og supplerende informasjon, oppfølging av styresak 108-2017*:

2. PCI-behandlingen ved Nordlandssykehuset Bodø etableres som dagtilbud med planlagt oppstart i 2019. Det forutsettes at etableringen av et PCI-tilbud i Bodø ikke svekker Universitetssykehuset Nord-Norge HFs posisjon som universitetssykehus i regionen. Styret ber adm. direktør om å gjennomføre en evaluering av tilbudet innen fem år etter styrevedtaket.

Det er videre beskrevet i styresaken at «Evalueringen vil blant annet vurdere om dagtilbudet skal utvides til et døgntilbud...(s.6)»

Prosjektgruppen vil ellers bestå av:

Prosjektleder HN RHF: Jon Thomas Finnsson avdelingsdirektør

Sekretariat HN RHF: Synøve Kalstad, medisinsk rådgiver

Sekretariat HN RHF: Bente Mietinen, rådgiver

UNN: Marte Lødemel Henriksen, fagsjef

UNN: Kristian Bartnes, klinikkssjef

NLSH: Beate Sørsllett, viseadministrerende direktør

NLSH: Gro Marith Karlsen, klinikkssjef

KTV/KVO: NN

Det anslås at det blir ett møte før sommeren for utarbeidelse av mandatet. Fra høsten blir det noen flere møter knyttet til evalueringen.

Utrykt vedlegg:

[Styresak 137-2017 PCI behandling av hjerteinfarkt i Helse Nord - risikovurdering og supplerende informasjon, oppfølging av styresak 108-2017](#)

Møtedato: 22. mai 2023

Vår ref.:

2023/94-28

Saksbehandler:

Cecilie Henriksen/Tina Eitran

Dato:

11.5.2023

RBU-sak 46-2023

Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
4. Økonomisk langtidsplan 2024-2027, inkludert rullering av investeringsplan
5. Oppdragsdokument - forbedring av prosess og dokument
6. Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021, inkl. miljørapport
7. Varselutvalgets rapport *Fra varsel til læring og forbedring – muntlig*
8. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker
9. Bekymringsmelding fra PEF Nordland vedrørende hudlegetilbudet i Nordland – tilbakemelding fra Helse Nord RHF
10. Henvendelse fra brukerutvalget UNN HF – redegjørelse for konsekvenser ved bortfall av fritt behandlingsvalg for pasienter innenfor rehabiliteringsfeltet - *mundlig*

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

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Møtedato: 22. mai 2023

Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Kirsti F. Tidemann

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 46-2023/4

Økonomisk langtidsplan 2024-2027, inkludert rullering av investeringsplan

Formål:

Det vises til RBU-sak 34-2023-5 *Økonomisk langtidsplan 2024-2027, inkludert rullering av investeringsplan* (RBU-møte 17. april 2023), hvor det ble gitt om orientering om plan for arbeidet med rullering av Helse Nord's økonomiske langtidsplan (ØLP).

Denne saken har til hensikt å informere Regionalt brukerutvalg om status i arbeidet med ØLP.

Beslutningsgrunnlag

I foretaksmøtet 16. mars 2023 ble det vedtatt følgende:

For å sikre økonomisk bærekraft i 2023 og i økonomisk langtidsplan skal XX HF:

- a) *innen utgangen av april 2023 styrebehandle budsjett 2023 på nytt i tråd med de nye forutsetningene. Budsjettet skal vedtas med en komplett og oppdatert risikovurdert omstillingsplan for 2023.*
- b) *gjennomføre nødvendig omstilling slik at helseforetaket i 2024 har økonomisk bærekraft for å håndtere drift og investeringer.*
- c) *innen utgangen av april 2023 fremlegge bærekraftsanalyse og forslag til økonomisk langtidsplan for perioden 2024-2031, hvor år 2024 er innrettet slik at drift og investeringer er i balanse innenfor tilgjengelige rammer.*

Helseforetakene har styrebehandlet sine innspill til planen. Tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2024-2027, og bærekraftsanalyse er oppdatert og styrebehandlet innen fristen.

Det er mottatt en rekke innspill til drift og investeringer og overordnet status gjennomgås i møtet.

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Tove Skjelvik

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 46-2023/5

Oppdragsdokument - forbedring av prosess og dokument

Formål:

Formålet med saken er informere Regionalt brukerutvalg (RBU) om forbedringer i prosess for utarbeidelse av styringskrav og rammer til helseforetakene (tidligere kalt oppdragsdokument (OD) til helseforetakene). Dette omfatter også navneendring, innhold og struktur i dokumentet.

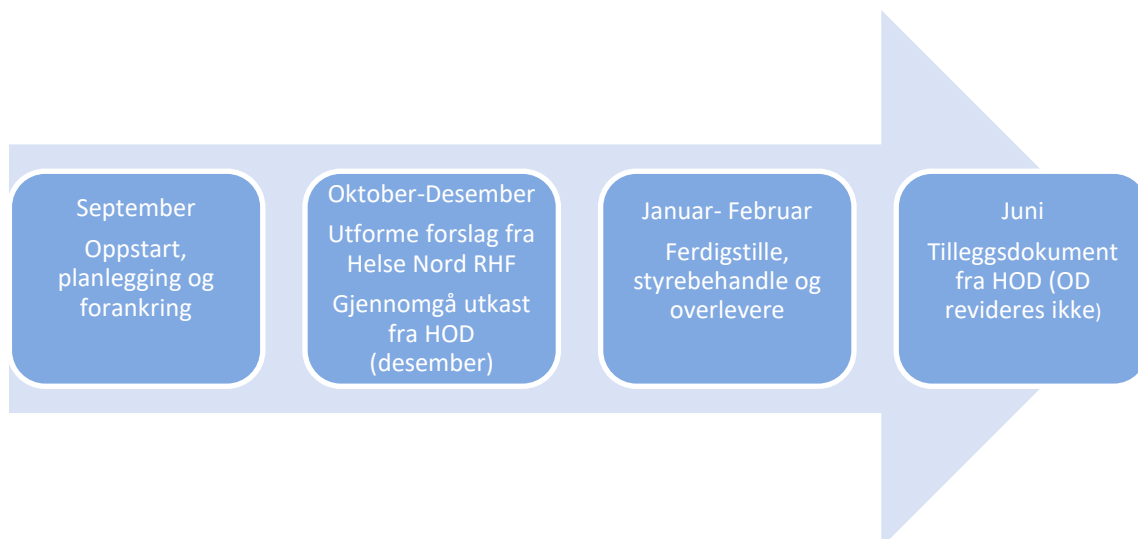
Bakgrunn

Helse Nord RHF har evaluert prosessen med utarbeidelse av oppdragsdokument til helseforetakene. Formålet er å forbedre gjennomføringsgraden, resultatoppnåelsen og redusere tidsbruk. Dette er et kontinuerlig arbeid hvor prosessen evalueres årlig.

Etter årets evaluering har administrerende direktør i ledermøte 3. mai 2023 besluttet å gjøre endringer som allerede nå griper inn i prosessen med å utarbeide neste års dokument.

1. Prosessforbedring

Dagens prosess for utforming av oppdragsdokumentet (OD) varer i omtrent seks måneder (september - februar) jf. figur 1, med tillegg av en delprosess i juni for behandling og videreformidling av oppdrag i tilleggsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Tema behandles i direktørmøte, KTV/KVO og RBU i flere omganger. Styret er involvert i slutfasen med tematime, styrebehandling og foretaksmøte.



Figur 1 Prosess for utforming av OD

Når oppdragsdokumentet (OD) er vedtatt starter arbeidet med gjennomføring, oppfølging og rapportering av OD som er illustrert i figur 2.



Figur 2 Gjennomføring, oppfølging og rapportering

1.1 Endringer i prosessen for utarbeidelse av oppdrag:

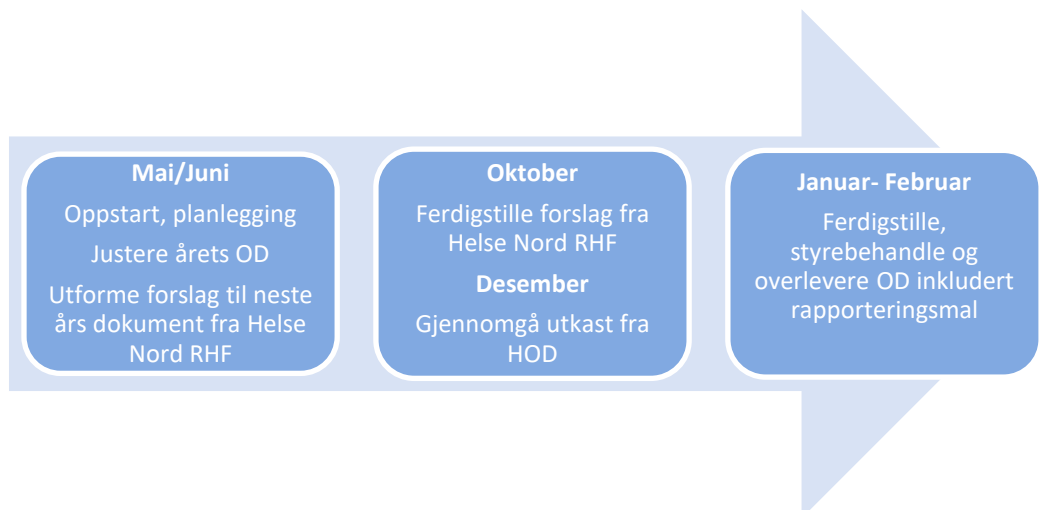
- Oppstart og planlegging av neste års oppdrag flyttes til mai/juni.
 Dette gjøres for å styrke koblingen mellom prioriterte strategiske mål i langsiktig plan og styringskrav for neste år. Forslag til Helse Nord RHF's styringskrav for neste år skal starte som del av prosessen med økonomisk langtidsplan (ØLP), hvor også økonomiske planrammer for neste års budsjett fastsettes. Basert på dette inviteres RBU og KTV/KVO å gi sine skriftlige innspill i oktober.
- Justere inneværende års oppdrag i juni
 Etter mottak av eventuelle tilleggsdokument fra HOD og reviderte budsjetttrammer

bør oppdraget til helseforetakene justeres, eventuelt utarbeides et tillegg som formelt overleveres helseforetakene. Se også punkt 1 under i delen om forbedring av dokumentet. Som en del av første tertialrapport, skal gjennomføring av oppdragsdokumentet også risikovurderes, jf. revidert retningslinje for risikostyring. Denne vurderingen kan gjøre det nødvendig å justere oppdragsdokumentet med tillegg eller strykninger.

- Korte ned høstprosessen

Ved innføring av punkt 1 kan høstprosessen kuttes ned tilsvarende. Prosessen gjenopptas når forslag til statsbudsjett er lagt frem (primo oktober). Med dette grunnlaget inviteres RBU og KTV/KVO til å komme med innspill, og forslaget fra Helse Nord RHF justeres når budsjett for Helse Nord RHF besluttes.

Helse Nord RHF's endelige forslag ferdigstilles så snart Oppdragsdokumentet og Foretaksprotokoll eller utkast til dette er mottatt fra HOD.



Figur 3 Ny prosess for utarbeidelse av OD

1.2 Endringer i prosessen for gjennomføring, evaluering og rapportering av OD:

- Prosessten justeres i tråd med nye retningslinjer for risikostyring, besluttet av styret 26. april 2023. Foretakene skal vurdere risiko for måloppnåelse av oppdrag, og skal orientere eier og eget styre om risikoer og tiltak. Fortrinnsvis skal allerede etablerte rapporteringssystemer benyttes.

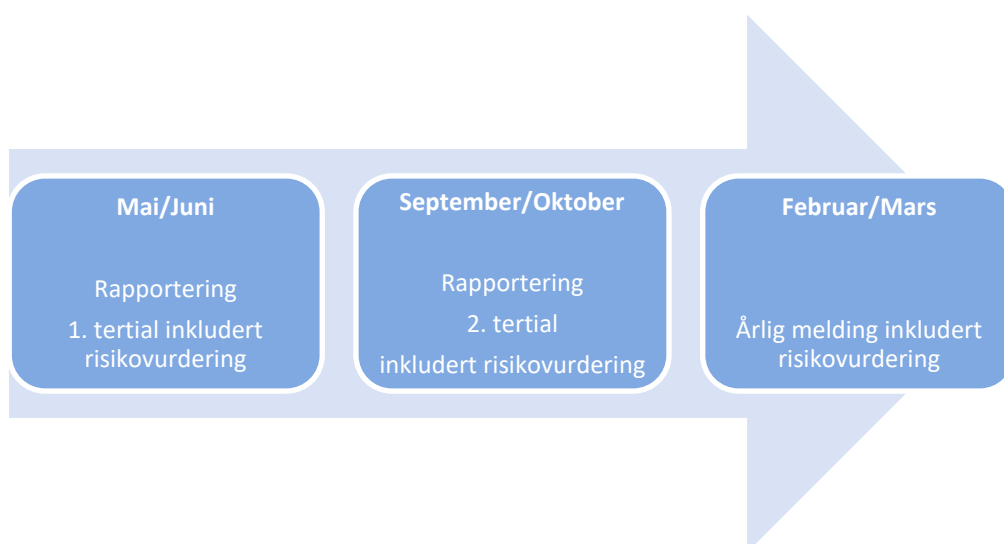
Dette betyr at ved 1. og 2. tertial (T1 og T2) skal foretakene vurdere og orientere eget styre og eier om risiko knyttet til oppfyllelse av krav, mål og oppdrag gitt gjennom OD og foretaksprotokoll (FTP), samt beskrive tiltak for å håndtere de viktigste risikoene. Ved T2 skal det også gis en vurdering av om tiltak beskrevet i tertialrapport 1 har ønsket effekt/virkning. Dersom tiltak beskrevet i T1 har liten/ikke tilstrekkelig effekt/virkning skal foretaket beskrive nye tiltak for å håndtere risiko.

I årlig melding skal foretaket evaluere egen virksomhets oppfyllelse av krav, mål og oppdrag gitt gjennom OD og FTP, og orientere eget styre og eier om effekten av gjennomførte tiltak.

Gjennom virksomhetsrapportene skal foretaket i tillegg løpende orientere eier og eget styre om vesentlige oppståtte og identifiserte risikoer som er, eller kan være, av betydning for foretakets måloppnåelse. Foretaket skal vurdere risiko og beskrive tiltak for å håndtere risiko.

Disse endringene skal bidra til å øke gjennomføringsgraden og resultatoppnåelsen.

- Rapporteringsmal for tertial og årlig melding skal inkluderes i vedtatt oppdragsdokument. jf. figur 3. Dette skal være klart når dokumentet overleveres i februar.



Figur 4 Ny prosess for gjennomføring, evaluering og rapportering

2. Forbedringer av dokumentet

Forbedringer av dokumentet baseres på innspill fra evalueringen, men også fra en gjennomgang av øvrige regioners dokumenter.

- Justering av innhold til et helhetlig styringsdokument
Tidligere år har det vært fokus på å redusere antall krav og omfang på oppdragsdokumentet. Tekstlig innhold er i hovedsak produsert regionalt, og tekst fra oppdragsdokumentet til HOD er utelatt. Resultatet er at oppdrag som videreføres fra HOD til helseforetakene mangler kontekst som gjør det vanskeligere å forstå.

For å gi mål, oppdrag og indikatorer en bedre innramming vil større deler av teksten fra HODs oppdragsdokument og utvalgte deler fra foretaksprotokollen gjengis i neste års dokument til helseforetakene. Helse Nord RHF vil ved behov supplere med egne oppdrag og tekstlig innhold, men i mindre grad egne mål og indikatorer.

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

Innholdet i dokumentet skal endres slik at det blir et helhetlig styringsdokument som inneholder mål, oppdrag og indikatorer samt klargjøre premissene og rammene herunder oversikt over økonomisk rammetildeling (drift og investering), krav til aktivitet og andre sentrale plantall.

Dokumentet skal så langt det er mulig holdes oppdatert ved justeringer i innhold eller rammer, minimum ved mottak av justert oppdragsdokument fra HOD.

- Justering av struktur

Strukturen på dagens oppdragsdokument henger igjen fra den forrige regionale utviklingsplanen, og det er behov for å justere denne.

I tråd med endringene i innholdet i punkt 1 over, tas hele kapittelinnledning fra OD HOD inn, samt relevante deler fra FTP fra HOD. Det lages noen egne tilleggskapittel.

I likhet med HODs dokument skal det skilles tydeligere mellom mål, oppdrag og indikatorer. Dette skal gjøre det vesentlig enklere å se sammenhengen mellom HODs dokumenter og våre.

- Navnet endres til Styringskrav og rammer til helseforetak i Helse Nord.

Helse Nord RHF er eneste region hvor dokumentet kalles for oppdragsdokument. I de øvrige regionene navngis dette med Styringsdokument, styringskrav og ramme, eller oppdrags- og bestillingsdokument. Ved å gi dokumentet et eget navn blir det et tydeligere skille fra oppdragsdokumentet fra HOD. Basert på at det i punkt 1 over foreslås å gi dokumentet et bredere innhold ved å inkludere økonomiske rammer og forventninger om aktivitet (plantall), så foreslås det å endre navn til *Styringskrav og ramme til helseforetak i Helse Nord*. Det må vurderes om endringene forøvrig gjør det nødvendig å utforme et eget dokument til hvert helseforetak eller ikke. Som utgangspunkt videreføres et samlet dokument til alle helseforetakene.

3. Andre forbedringsforslag

- Elektroniske støtteverktøy for utforming, oppfølging og evaluering

Dette vil ikke konkluderes før det er gjort beslutning om nytt kvalitetsstyringsystem hvor det forventes å være funksjonalitet til å støtte prosessene i OD.

Konklusjon

Konst. administrerende direktør har vedtatt endringer i prosess for utarbeidelse av oppdrag til helseforetakene samt endringer av navn, struktur og innhold på dokumentet. Endringene skal styrke koblingen mellom oppdrag til helseforetakene og nasjonale føringer samt prioriterte strategiske mål i langsiktig plan, bidra til forbedret gjennomføringsgrad og måloppnåelse. Dokumentet skal fremstå som et helhetlig styringsdokument og endrer derfor navn til *Styringskrav og rammer til helseforetak i Helse Nord*.

Regionalt brukerutvalg (RBU) skal informeres om forslag til Helse Nord RHF's styringskrav når disse foreligger i juni. Basert på dette forslaget og forslag til statsbudsjett inviteres RBU og KTV/KVO til å gi sine skriftlige innspill i løpet av oktober.

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Hanna Lisa Borkamo

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 46-2023/6

Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2022, inkl. miljørapport

Bakgrunn for saken

Det vises til protokoll fra foretaksmøtet 17. januar 2023, kapittel 3.4.1: Statens forventninger i eierskapsmeldingen:

Foretaksmøtet viste til Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap — Statens direkte eierskap i selskaper (eierskapsmeldingen) hvor regjeringens forventninger til statlige selskaper framgår. Hensynet til bærekraft i statens mål som eier er tydeliggjort og forsterket. Staten er opptatt av at selskapene identifiserer risiko, muligheter og behov for omstilling av sin virksomhet som følge av Parisavtalens mål og integrerer dette i sine strategier. Det forventes at selskapene rapporterer på direkte og indirekte klimagassutslipp og klimarisiko, samt benytter anerkjente standarder for rapportering.

Videre vises det til protokoll fra foretaksmøtet i 2022 hvor de regionale helseforetakene ble bedt om å dokumentere «årlig status i arbeidet med å nå de langsiktige målene innen klimaområdet gjennom spesialisthelsetjenestens rapport om samfunnsansvar».

Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2022 inngår som del av den pålagte rapporteringen. Både felleseide selskap og helseforetakene har vært involvert i arbeidet med rapporten, og har bidratt med saker til rapporten.

Særskilte forhold regionalt brukerutvalg bør være kjent med

Samarbeidsutvalget for samfunnsansvar i spesialisthelsetjenesten utarbeider årlig felles rapport for samfunnsansvar. Formålet med rapporten er å dele beste praksis på prosjekter og tiltak i helseforetakene innenfor samfunnsansvarsområdet. Årlige aktiviteter ruller mellom de fire regionene, slik at ulike oppgaver løses på vegne av fellesskapet. Helse Midt-Norge har hatt ansvaret for å utarbeide spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2022. Neste år går oppgaven videre til Helse Nord.

Vurdering

Klimaregnskapet presenteres i rapporten som tidligere år. Oppsettet for klimaregnskapet bygger på en DIFI-mal fra 2014 som tar utgangspunkt i Greenhouse

Gas protocol (GHG-protokoll). GHG-protokollen er den mest brukte og anerkjente standarden for rapportering av klimagassutslipp i et klimaregnskap.

Klimaregnskapet for 2022 viser en utslippsreduksjon på 152 500 tonn CO2 fra 2019 til 2022. Hovedårsaken til reduksjonen i utslipp er at helseregionene har kjøpt gjenvinningskraft som gir et fratrekk i CO2-utslippet. I 2022 ble det kjøpt gjenvinningskraft som ga et fratrekk i CO2- prosentene tilsvarer 20 455 tonn CO2 og skyldes tiltak som er gjennomført i helseforetakene. Rapporten presenterer en egen artikkel om gjenvinningskraft og hva det er.

Rapporten viser også en stadig større bredde av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten på samfunnsansvarsområdet. Innføring av åpenhetsloven har vært et viktig tema i 2022 og arbeidet med implementering presenteres gjennom en artikkel fra Sykehusinnkjøp. Videre er administrerende direktørers arbeid med antikorrupsjon presentert i artikkelen om rundebordet som ble avholdt i august 2022.

Oppsummering

Rapporten gir et godt grunnlag for å vise oppfølging av området og gir en hensiktsmessig dokumentasjon av oppdraget. Det er positivt for omdømme at spesialisthelsetjenesten legger fram en felles rapport for samfunnsansvar. Dette viser at det blir samarbeidet om felles utfordringer og at samfunnsansvaret blir tatt på alvor i spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg: Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2022



Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2022



A photograph showing two hands holding a large yellow circle. The circle contains text in blue. The background is a blurred outdoor scene with green foliage and a person's arm visible on the left.

**Spesialhelsetjenesten
skal være ledende i sitt arbeid
med miljø og bærekraft,
og fremme god helse
gjennom miljøvennlig drift.**

OM RAPPORTEN

Samfunnet stiller stadig økte krav og forventninger til selskapers arbeid med «ansvarlig virksomhet». Selskaper med statlig eierandel har stor offentlig interesse. Ansvarlig virksomhet bidrar til å styrke tilliten og legitimiteten til selskapene, og regjeringen forventer at selskaper med statlig eierandel er ledende i dette arbeidet.

Ansvarlig virksomhet innebærer blant annet å identifisere og håndtere vesentlige risikoområder, forankre arbeidet i styret, integrere det i selskapets mål, strategi og retningslinjer, samt å følge internasjonalt anerkjente retningslinjer, prinsipper og konvensjoner.

Arbeidet med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten er organisert i et interregionalt samarbeidsutvalg. Samarbeidsutvalget består av representanter fra de fire regionale helseforetakene, et helseforetak, Sykehusbygg HF, Sykehusinnkjøp HF, vernetjenesten og tillitsvalgte.

Leder av samarbeidsutvalget er Svein Tore Valsø, direktør personal og kompetanseutvikling i Helse Sør-Øst RHF. Samarbeidsutvalget arbeider etter en ansvarsmatrise med rullerende fordeling av oppgaver mellom de fire helse-regionene. Dette er den fjerde rapporten som blir presentert, og Helse Midt-Norge har hatt ansvaret for å utarbeide Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2022.

LEDER	4
KLIMAREGNSKAP 2022	7
Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap	8
33 prosent reduksjon i CO ₂ -utslipp fra 2019 til 2022	11
Mål om 80 prosent reduksjon av Desfluran ved Oslo universitetssykehus HF	12
KLIMAREGNSKAP 2022	14
Helse Nord	15
Helse Midt-Norge	16
Helse Sør-Øst	18
Helse Vest	19
KLIMA OG MILJØ	20
Helsesektoren forplikter seg til en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer	21
Dashboard som viser status for felles klima- og miljømål	22
Helse Nord har fått felles miljøstyringssystem og verktøykasse	23
Miljørevisjon på tvers av helseforetak	25
Digitalisering i et bærekraftsperspektiv	26
Pasientreiser i Helse Nord	28
No lagar vi ein virtuell anestesipoliklinikk	30
Optimalisering av stråledose for kontroll av hjertefunksjon	32
Redusert utslipp av røntgenkontrastmidler	34
Store besparelser med mobil røntgen	35
Behovsstyrt poliklinikk i helseforetak i Helse Vest	36
Finnmarkssykehuset HF ønsker å være i front på energiledelse	37
Energigjenvinning hos Elkem Salten	38
Gjenvinningskraft – hva er det?	40
Hvordan høste de høythengende fruktene?	42
Høye miljøambisjoner for nye SNR	43
Sparetips	46
Dronelevering av biologiske prøver mellom Røros og Trondheim	47
Innovasjonsprosjektet – «Hjemmebehandling med intravenøs antibiotika»	48
Barrierer for økning i videokonsultasjoner – Helse Vest RHF	49
Mikrofibrengjøring av produksjonsrom og utstyr i Sykehusapotekene HF	50
«Søppeltre» på operasjonsavdelingen	51
Forlenget brukstid på medisinsk teknisk utstyr (MTU) for behandlingshjelpemidler (BHM)	53
Plastsmart sykehus	54
Plastsortering på Diakonhjemmet sykehus under lupen hos NTNU-studenter	56
Kjøper og selger brukte klær i Helgelandssykehuset HF	57
Redusert tøysvinn sparer miljøet	58
Miljøseier i KOFA	60
SAMFUNNSANSVAR	61
Helse Førde HF har sidan 2019 arrangert ein årleg konferanse for helseinnovasjon	62
Bedre løsninger for sikring av bygg og infrastruktur	63
Nytt samarbeid om menneskerettigheter i milliardkontrakter	64
Sykehusinnkjøp HF rigger seg for Åpenhetsloven	67
Rundebord om antikorrupsjon i spesialisthelsetjenesten	69
Status – forebygging av Akrim og sosial dumping på byggeplass	70



Samfunnsansvaret vårt handler om hvordan spesialisthelsetjenesten løser samfunnsoppdraget i samspill med andre og hvordan virksomheten vår påvirker mennesker, miljø og samfunn. Spesialisthelsetjenesten forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet, og har en forpliktelse overfor samfunnet i å forvalte disse ressursene på en bærekraftig måte.

Spesialisthelsetjenesten presenterer nok en gang rapport om samfunnsansvar i fellesskap. Rapporten omfatter alle helseforetak i landet og de felleseide selskapene, og omhandler klima og miljø, antikorrupsjon og menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter.

Arbeidet med samfunnsansvar har hatt stor oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten gjennom flere år og i 2022 har vi samarbeidet om implementeringen av åpenhetsloven som trådte i kraft i 1. juli. Loven har som formål å fremme virksomheters respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, og sikre publikum tilgang til informasjon. I denne rapporten kan du lese mer om hvordan Sykehusinnkjøp HF har forberedt seg på å møte kravene åpenhetsloven stiller til oss.

Spesialisthelsetjenesten har mål om å redusere direkte utslipp av CO₂-ekvivalenter med 40 prosent i perioden 2019–2030 og langsiktig mål om klimanøytral drift innen 2045. I 2022 har alle helseforetakene arbeidet med handlingsplaner for å nå de felles klima- og miljømålene. I spesialisthelsetjenesten har vi gjennom flere år arbeidet systematisk med å forbedre egen miljøprestasjon. Resultatene presenteres i et felles klimaregnskap i denne rapporten. Klimaregnskapet bidrar til å rette søkelyset på å redusere forbruk av ressurser.

Samarbeid på tvers av sektorer er viktig for å bidra til å redusere utslipp og stoppe klimaendringene. Kjøp av gjenvinningskraft er et godt klima og miljøtiltak som bidrar til grønn omstilling i norsk industri, og reduserte utslipp

for helseforetakene. I tillegg til å kjøpe gjenvinningskraft har spesialisthelsetjenesten satt seg mål om å redusere energiforbruket med 20 prosent i perioden 2019-2030. Målet forplikter helseforetakene til å iverksette energieffektiverende tiltak som er vesentlig både for å redusere utslipp og kostnader. I rapporten kan du lese mer om gjenvinningskraft og hva det innebærer.

For å nå spesialisthelsetjenestens felles klima- og miljømål kreves det at vi tenker nytt for å redusere utslipp. I rapporten forteller vi hvordan innovativ bruk av teknologi og digitale hjelpemidler kan bidra til å nå målene – blant annet ved hjelp av dronetransport av biologiske prøver, mobil røntgen og en virtuell anestesipoliklinikk.

For å nå klima- og miljømålene er det nødvendig å redusere energiforbruket i helseforetakene. Nye sykehusbygg HF gjør det mulig med mer miljøvennlige energiløsninger, noe sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) er et eksempel på. Du kan lese mer om de energieffektiverende tiltakene som gjøres i forbindelse med nybygget på Hjelset i denne rapporten.

Formålet med spesialisthelsetjenestens arbeid med antikorrupsjon har vært å øke bevisstheten om, og få en felles forståelse av, risikoen for korrupsjon i spesialisthelsetjenesten. Korrupsjonsrisiko er satt på dagsorden i spesialisthelsetjenesten for å ruste ledere til å kunne stå støtt i krevende etiske dilemmaer. Som ledere i spesialisthelsetjenesten kan vi komme i situasjoner hvor vi har mulighet til å misbruke tillit, posisjon og makt og som ledere må vi derfor erkjenne korrupsjonsrisikoen for å iverksette forebyggende tiltak.

I denne rapporten kan du lese mer om rundebordskonferansen om antikorrupsjon som ble gjennomført 29. august 2022. Her satt de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene sammen med administrerende direktører og styreledere i Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF og diskuterte konkrete områder hvor spesialisthelsetjenesten har risiko for korrupsjon og diskutere hvilke risikoreduserende tiltak som kan iverksettes.

Dette, og mange flere historier, kan du lese om i rapporten. God lesing!



KLIMAREGNSKAP 2022

KLIMAREGNSKAP 2022

	2022		CO ₂		Tonn CO ₂ e	
	Forbruk	Faktor	2019	2020	2021	2022
Gasser						
Kuldemedier (kg)	1 472		4 351,9	3 265,8	4 137,2	2 929,4
Lystgass (kg)	44 580	289	12 459,6	10 747,8	11 136,6	12 883,5
Desfluran (kg)	1 000	2 540	6 774,8	5 559,7	4 216,2	2 539,1
Sevofluran (kg)	2 589	130	337,8	327,4	324,7	336,6
Isofluran (kg)	182	510	105,3	137,1	90,2	93,0
Energibehov bygg						
<i>Aggregat</i>						
Diesel (liter)	143 449	268	393,3	298,6	381,5	381,6
<i>Elbehov</i>						
El-kjel (kWh)	45 962 280	0,28	29 307,6	21 055,4	22 498,2	12 869,5
El-kjel med oppr.gar. (kWh)	-	0,0164	-	26,3	11,0	-
Fast kraft (kWh)	779 047 293	0,28	207 101,3	208 399,4	215 179,2	218 130,3
Fast kraft med oppr.gar. (kWh)	285 260	0,0164	596,2	593,1	591,4	4,7
Solceller (kwt)	-					
<i>Termisk energibehov (oppvarming)</i>						
Bio olje (liter)	223 340	0,004	-	-	2,7	0,9
Biobrensel (kWh)	12 646 038	0,0053	55,5	55,4	65,7	67,0
Diesel/fyringsolje (liter)	641 435	2,67	4 904,4	3 391,6	3 608,5	1 706,2
Fjernkjøling (kWh)	28 376 910	0,13	3 603,5	3 779,1	3 765,7	3 689,0
Fjernvarme (kWh)	432 410 927	0,13	52 176,6	48 592,5	54 258,0	56 213,1
Naturgass (m ³)	4 104 296	2,34	9 172,6	9 151,1	9 878,4	9 604,0
Varmepumpe (Fjord/Jordvarme) kWh	1 272 975	0,28	-	-	381,9	356,4
Transport – ansatte						
<i>Eide, leide eller leasede biler</i>						
Bensin (liter)	402 639	2,32	803,13	712,7	809,0	934,1
Diesel (liter)	954 147	2,66	3 213,87	2 867,3	2 509,6	2 538,0
Km el-bil (km)	278 826	0	-	-	-	-
Uspesifisert drivstoff (liter)	1 402	2,51	83,76	31,7	11,8	3,5
<i>Flyreiser</i>						
Flyreise innenlands (km)	43 024 288	0,175	9 990,36	3 477,0	3 633,2	7 529,2
Flyreise utenlands (km)	28 767 507	0,13	6 227,12	1 441,8	735,8	3 739,8
<i>Tjenestekjøring egen bil</i>						
Bil (km)	15 689 525	0,17	3 724,21	2 489,6	2 384,5	2 667,2
Km el-bil (km)	3 024 577	0	-	-	-	-
Transport – pasienter						
<i>Ambulansetransport</i>						
Bil Bensin (liter)	133 717,0	2,32	-	-	485,1	310,2
Båt Diesel (liter)	4 211 568,6	2,66	10 995,24	10 791,4	11 737,9	11 202,8
Båt Diesel (liter)	1 653 694,0	2,68	4 324,35	3 949,0	4 095,0	4 431,9
Helikopter (liter)	2 501 483,0	2,54	8 214,51	5 444,9	7 439,2	6 353,8
Fly (liter)	6 843 981,0	2,68	10 891,31	12 609,8	13 362,6	17 383,7
<i>Andre transportmidler</i>						
Andre typer biler (hvite biler, turvogn) (km)	1 149 914,0	0,169	143,42	80,5	194,3	248,9
Drosje (km)	73 853 943,0	0,17	11 801,69	11 235,0	12 555,2	12 506,0
Egen bil (km)	217 709 637,0	0,17	39 441,26	32 836,0	37 010,6	34 093,5
Helsebuss/ekspress/hvite biler (km)	4 340 686,0	1,22	7 116,18	6 056,3	5 295,6	4 129,2
<i>Flyreiser</i>						
Flyreise innenlands (km)	65 051 336,0	0,75	15 317,63	9 686,5	11 384,0	12 652,3
Flyreise utenlands (km)	361 603,0	0,13	65,73	24,4	47,0	66,7
Sum tonn CO₂ utslipp			463 694,0	419 114,2	444 217,5	442 595,2
Fratrekk kjøp av gjenvinningskraft Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst					114 018,40	131 464,20
Sum tonn CO₂ utslipp					330 199,10	311 131,00

SPESIALISTHELSETJENESTENS KLIMAREGNSKAP

Flere faktorer påvirker utslipp av klimagasser fra sykehusdrift. Standarden på bygningsmassen, aktivitetsnivået og type virksomhet. Geografisk beliggenhet gir variasjon i klima som påvirker energiforbruket. Geografi og sykehustetthet påvirker avstand på reisevei for ansatte og pasienter.

Sykehusene i Norge har ulike forutsetninger og dette gjenspeiler seg i CO₂-utslipp. Det er derfor hensiktsmessig å se på utvikling i lokalt CO₂-utslipp, fremfor å sammenligne helseforetakene på tvers. Oppsettet for klimaregnskapet bygger på en DIFI-mal fra 2014 som tar utgangspunkt i Greenhouse Gas protocol (GHG-protokoll). GHG-protokollen er den mest brukte og anerkjente standarden for rapportering av klimagassutslipp i et klimaregnskap.

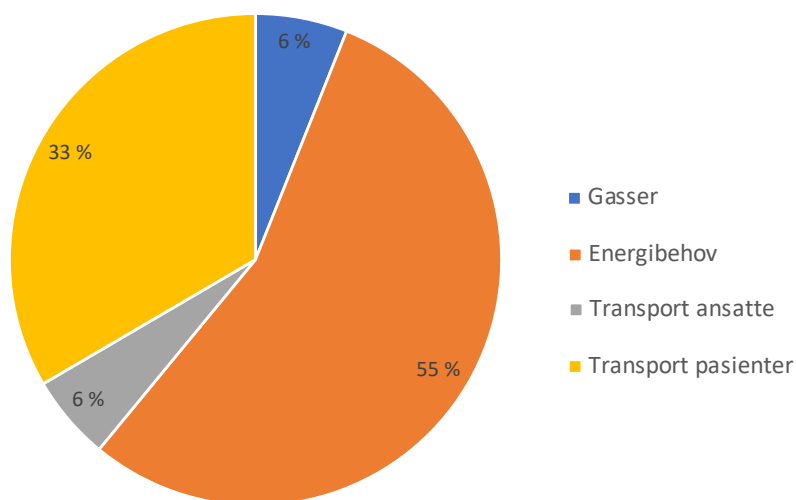
2022 er femte året det fremstilles et felles klimaregnskap for spesialisthelsetjenesten. Klimaregnskapet omfatter helseforetak i Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst, Helse Vest og de fem felleseide helseforetakene. Det er utviklet en felles webportal for klimaregnskapet der hvert enkelt helseforetak registrerer eget forbruk (fysiske data). De regionale helseforetakene er ansvarlige for å kontrollere rapporteringen, og Sykehusbygg HF har gjennomført kvalitetskontroll av data som er registrert fra helseforetakene.



Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap omfatter fire hovedkategorier:

- energiforbruk
- transport av ansatte
- transport av pasienter
- forbruk av gasser (lystgass, anestesigasser og kuldemedier)

Fordeling CO₂-utslipp 2022



Figuren illustrerer fordeling av utslipp i spesialisthelsetjenestens klimaregnskap.

forts. SPESIALISTHELSETJENESTENS KLIMAREGNSKAP

Indirekte utslipp (Scope 3) av innkjøpte varer og tjenester er ikke en del av spesialisthelsetjenestens klimaregnskap. Fra 2023 vil det etableres metodikk for beregning av indirekte utslipp per helseforetak i spesialisthelsetjenesten. Ansattes reiser til og fra arbeid, transport fra forsyningssenter til helseforetak og utslipp fra byggeprosjekter er ikke inkludert i klimaregnskapet. Sykehusbygg HF er i prosess med å utarbeide et klimaregnskapsverktøy for byggeprosjekter som vil inkluderes i Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap.

Det er knyttet noe usikkerhet til både aktivitetsdataene og utslippsfaktorene benyttet i klimaregnskapet. Det vil være en risiko for at aktivitetsdata som samles inn av det enkelte helseforetak kan avvike fra rapporteringsmalen av ulike årsaker. Utslippsfaktorene som er benyttet i klimaregnskapet gjenspeiler det som kan forventes av utslipp eller opptak i gjennomsnitt for Norge eller internasjonalt. Lokalt kan utlippene avvike betydelig fra gjennomsnittet. Det er vanskelig på generell basis å si under hvilke omstendigheter en utslippsfaktor er for høy eller for lav i en region.

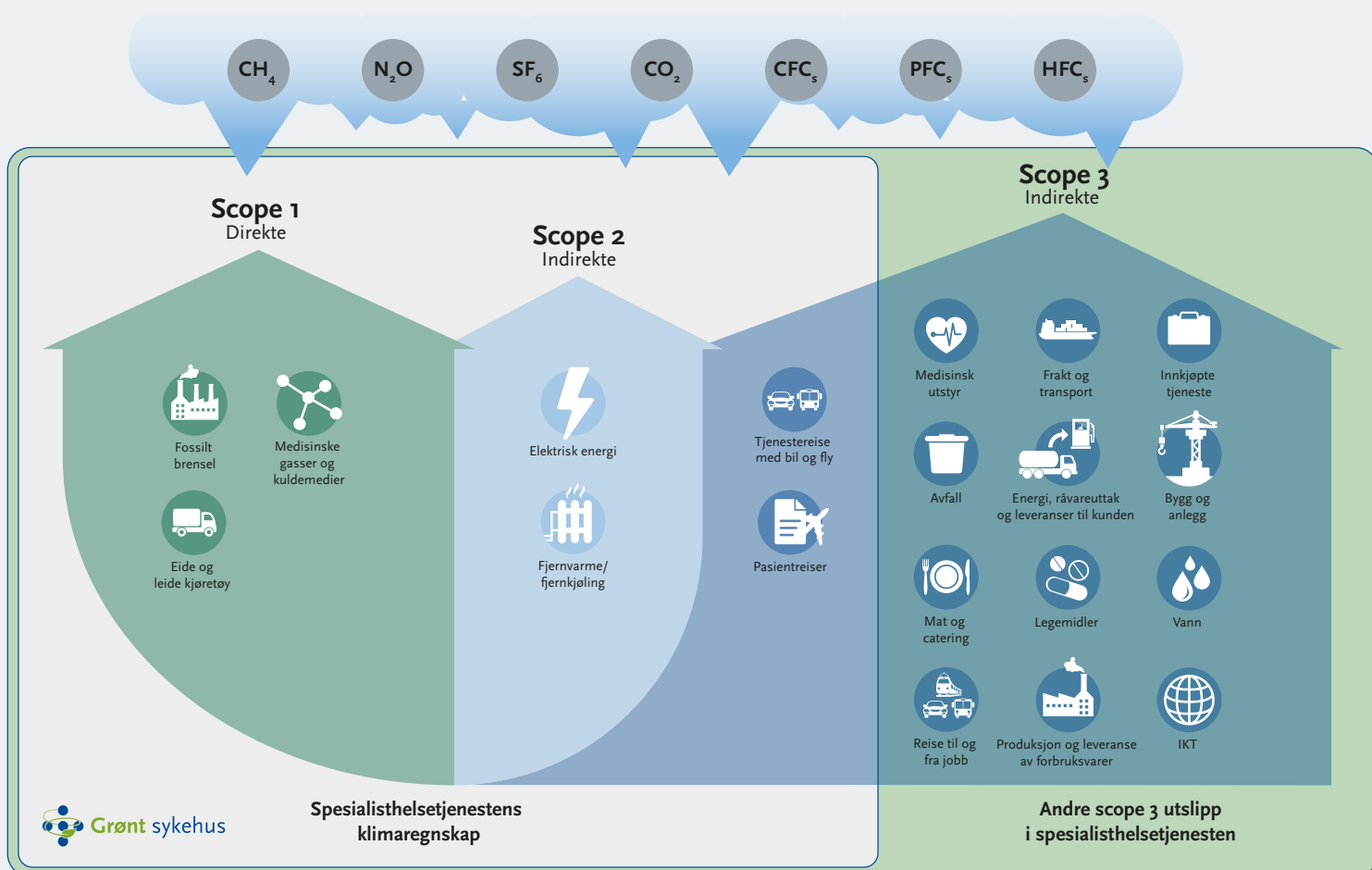
I 2022 ble det avdekket at de lokale pasientreisekontorene har ulike metoder for å innhente data for pasientreiser med taxi. «Antall km kjørt med taxi» per helseforetak kan tas ut av ulike systemer, som medfører at det er noe usikkerhet knyttet til datakvaliteten. Pasientreiser HF arbeider med å gjøre problemstillingen kjent for de lokale pasientreisekontorene og det arbeides mot å ta i bruk samme system for å forbedre datakvalitet.

FAKTA

Statistikk over klimagassutslipp omfatter i tillegg til karbondioksid (CO₂) som regel også gasser som metan (CH₄), lystgass (N₂O) og fluorgasser (HFK, PFK og SF₆). Alle disse gassene bidrar til klimaendringer men har svært forskjellig oppvarmingseffekt og levetid i atmosfæren. For å kunne sammenligne dem, regnes de om til CO₂-verdier. Mengdene kalles CO₂-ekvivalenter. Alle utslipp kan da sammenlignes direkte fordi de får samme enhet.

forts. SPESIALISTHELSETJENESTENS KLIMAREGNSKAP

Hovedutslipp



Scope 1: Direkte utslipp (driftsmidler virksomheten har operasjonell kontroll over, f.eks bruk av fossilt brensel).

Scope 2: Indirekte utslipp fra innkjøpt energi – elektrisitet og fjernvarme/-kjøling.

Scope 3: Indirekte utslipp fra innsatsfaktorer (innkjøpte varer eller tjenester). Eks: flyreiser, logistikk/transport, avfall.

33 prosent reduksjon i CO₂-utslipp fra 2019 til 2022

Klimaregnskapet for 2022 viser en utslippsreduksjon på 152 500 tonn CO₂ fra 2019 til 2022. Hovedårsaken til reduksjonen i utslipp er at helseregionene har kjøpt gjenvinningskraft som gir et fratrekk i CO₂-utslippet.

I 2022 ble det kjøpt gjenvinningskraft som ga et fratrekk i CO₂-utslipp på 131 000 tonn, som utgjør 86 prosent av utslippsreduksjonen. De resterende 14 prosentene tilsvarer 20 455 tonn CO₂ og skyldes tiltak som er gjennomført i helseforetakene.

Siden 2019 har en samlet spesialisthelsetjeneste redusert forbruket av anestesigassen Desfluran med 63 prosent, som utgjør 4 235 tonn CO₂. I samme periode har det vært en økning i bruk av Lystgass, som utgjør 2 075 tonn CO₂. Gassene har forskjellige bruksområder så det er ingen direkte sammenheng mellom økning i Lystgass og reduksjon i bruk av Desfluran.

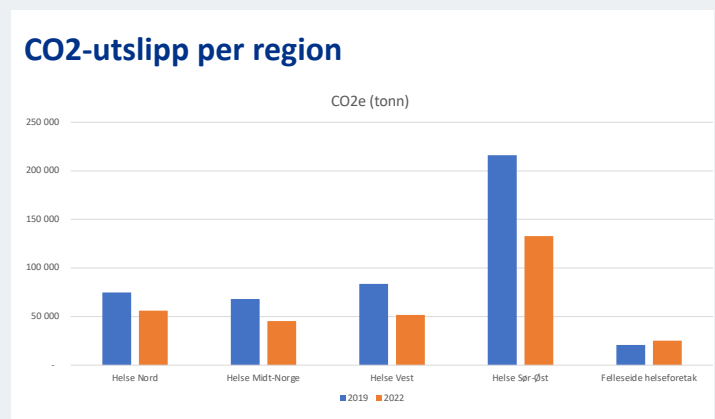
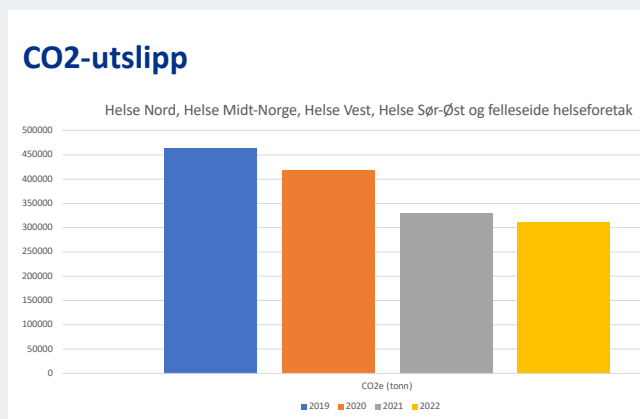
Ansattes tjenestereiser med fly og bil har hatt en nedgang under pandemien, som tilsvarer en reduksjon i 6 000 tonn CO₂ fra 2019 til 2022. Det har likevel vært en dobling i tjenestereise med fly fra 2021 til 2022, økningen tilsvarer 6 900 tonn CO₂.

Pasienttransport (utenom ambulanse) har hatt en nedgang fra 2019 til 2022 på ca. 10 000 tonn CO₂. Dette gjelder særlig pasientreiser med bil, fly og helsebuss. Årsaken til reduksjonen kan være en økning i bruk av digitale konsultasjoner, noe etterslep på pasientbehandling og endret reisemønster på grunn av pandemien.

Energiforbruk i sykehus er den største enkeltfaktoren av direkte klimagassutslipp fra spesialisthelsetjenesten. For 2022 utgjorde energibehov 170 000 tonn CO₂, korrigert for et fratrekk for kjøp av gjenvinningskraft på 131 000 tonn CO₂.

Gjenvinningskraft er elektrisk kraft som blir produsert av energi fra norsk industri som ellers ville ha gått til spille. Gjenvinningskraft betyr i praksis at energien fra damp fra norske industrianlegg blir skilt ut og gjenvunnet, i stedet for å gå rett ut i lufta. Dette er ny teknologi som bidrar til det grønne skiftet i industrien, og er et godt klima- og miljøtiltak. Gjenvinningskraft inngår i en ordning der myndighetene har redusert avgiftsnivået (jf. forskrift om særavgifter § 3-12-11.). Dette inngår som en del av finansieringen av anlegget som skal utnytte energi som slippes ut. Eksempel på slik energi er spillvarme fra smelteverk, overskuddsvarme fra avfallsanlegg m.m. Kjøp av gjenvinningskraft vil påvirke CO₂-regnskapet positivt og samtidig redusere kostnader for helseforetakene.

(Les mer om gjenvinningskraft på side 40).



Mål om 80 prosent reduksjon av Desfluran ved Oslo universitetssykehus HF

Akuttklinikken i Oslo universitetssykehus HF har bestemt at de skal redusere bruken av anestesigassen Desfluran med 80 prosent fra 2019–26, og har allerede klart 60–70 prosent.



– De fleste reduksjonene er gjennomført på Ullevål og Radiumhospitalet, hvor desfluran har vært brukt i større grad enn Aker og Rikshospitalet. Det har også vært et pågående arbeid rundt oppsamling av anestesigasser for resirkulering på Ullevål. Vi ser at det er potensial for å oppnå ytterligere reduksjoner og har derfor satt oss et mål for hele sykehuset, sier **Kristin Sem Thagaard, avdelingsleder ved avdeling for anestesi og intensivmedisin ved akuttklinikken.**



– Vi har stadig fokus på reduksjon av anestesigasser, spesielt Desfluran. I høst satt vi fokus på dette i forbindelse med flåteutskiftingen av anesthesiapparater. De nye apparatene gjør det langt enklere å kjøre «low-flow»-anestesi med betydelig reduksjon. Videre jobber vi tett med kirurgene om overgang til (TIVA) total intravenøs anestesi for en stor del av kreft gynekologiske pasientene og også for andre pasienter hvor dette er formålstjenlig. Dette vil føre til en ytterligere reduksjon. Desfluran har tradisjonelt vært benyttet som foretrukket anestesigass på Radiumhospitalet, men er nå i endring og tiltenkt benyttet hovedsakelig til svært overvektige pasienter og langvarig kirurgi. Gassens egenskaper gjør det mulig å få en rask oppvåkning, som er spesielt gunstig ved Radiumhospitalet når man ser det i sammenheng med overvåkningstilbud og overvåkningsressurser, sier **Knut Erling Juul-Hansen seksjonsleder ved akuttklinikken – avdeling for anestesi- og intensivmedisin.**

Gjenbruk

På Ullevål har vi det siste året vært med på en pilot for å teste en «ny» teknologi sammen med Baxter AS. I piloten har anestesigassene både Sevoflurane og Desflurane blitt samlet opp i en beholder for å hindre utslipp. Fulle beholdere har blitt sendt tilbake til leverandør for gjenbruk. Gjenvinningsprosessen foregår i Tyskland. Foreløpig pågår det er arbeid for godkjenning i flere land før denne prosessen settes i gang kommersielt. På Ullevål har vi testet dette på fire operasjonsstuer hvor det tradisjonelt har blitt brukt mye anestesigass. Bruk av contrafluran har i seg selv bidratt til økt bevissthet rundt anestesigasser og miljø. Piloten er avsluttet, men vi fortsetter bruk av contrafluran på disse operasjonsstuene.

Bruk av Desflurane er svært redusert og signaler fra EU tilsier kraftige restriksjoner vedrørende bruk av Desflurane fra 2026. Oppsamling og gjenbruk vil fortsatt være aktuelt for Sevoflurane, selv om «Global Warming Potensiale» for Sevoflurane er betraktelig lavere enn Desflurane. Vi vurderer også en viss utvidelse til flere operasjonsstuer hvor det benyttes anestesigass og forbruk av anestesigass er relativt stort, sier anestesisykepleier Morten Høydahl ved Oslo universitetssykehus HF.

forts. Mål om 80 prosent reduksjon av Desfluran ved Oslo universitetssykehus HF



Dialog med leverandørene

– Contrafluransystemet til leverandøren Baxter har ved flere anledninger vært vurdert tatt i bruk ved Radiumhospitalet. Vi har god dialog med de. For å få systemet til å fungere med vårt avsug og de nye anesthesiapparatene må det gjøres modifikasjoner på apparatet, og det er mest praktisk at dette gjøres når vi flytter inn i nye bygg på Radiumhospitalet. Derfor ble det ikke foretatt modifikasjoner før leveranse av nye anesthesiapparater, sier **Per Olin, ledende spesialsykepleier ved akuttklinikken.**

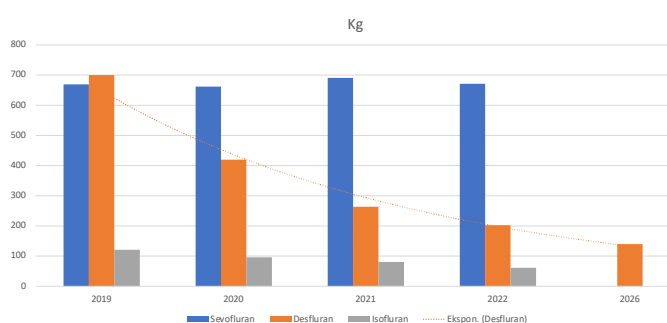


Det er et grunnleggende mål for akuttklinikken
å redusere på bruk av anestesigasser.

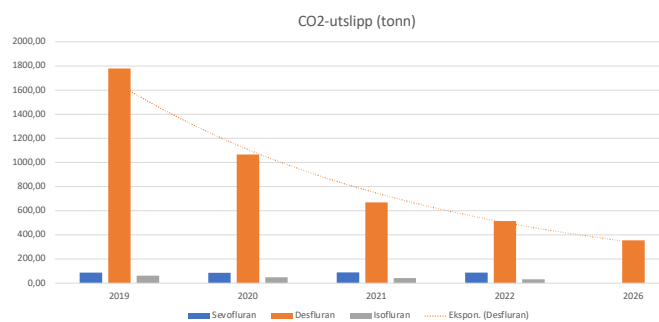
De utgjør en miljøutfordring,

sier **Øyvind Skraastad, klinikkleder i akuttklinikken.**

Forbruk av anestesigasser Oslo universitetssykehus HF



Forbruk av anestesigasser Oslo universitetssykehus HF



KLIMAREGNSKAP 2022

HELSE  **NORD**

HELSE  **MIDT-NORGE**

HELSE  **SØR-ØST**

HELSE  **VEST**



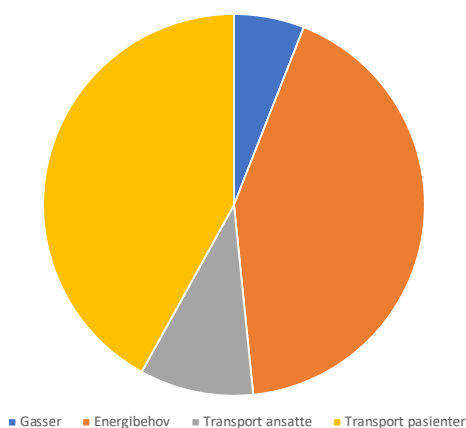
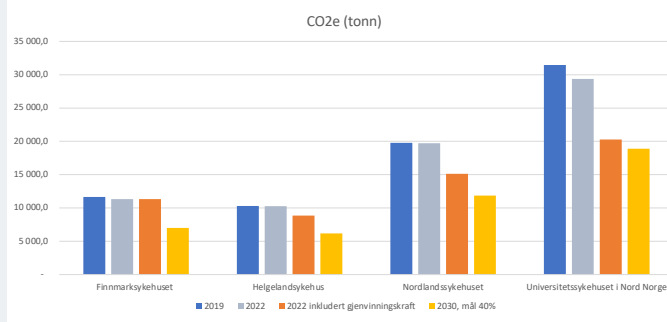
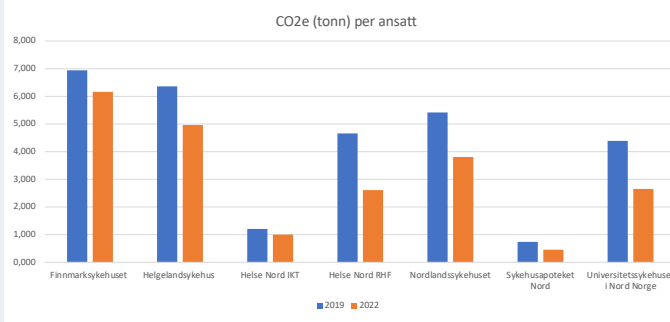
Samlet utslipp i Helse Nord har økt fra 2021 med om lag 2000 tonn CO₂ før gjenvinningskraft er trukket fra. Imidlertid er samlet utslipp i 2022 fortsatt lavere enn 2019 med om lag 3700 tonn CO₂.

I Helse Nord er det mindre utslipp fra gassen Desfluran i 2022. Utslippsreduksjonen utgjør 130 tonn CO₂ fra 2021. Derimot er det en økning i totalt utslipp fra innkjøp av lystgass som utgjør 1000 tonn CO₂. Nordlandssykehuset bidrar til den største økningen. Derimot har det vært en reduksjon i bruk av lystgass ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Flyreiser for ansatte har økt vesentlig fra 2021 til 2022. Økningen utgjør 2100 tonn CO₂ utslipp. Imidlertid er utslipp fra flyreiser fortsatt lavere (om lag 600 tonn CO₂) enn det var i 2019.

I Helse Nord er det store avstander, som medfører at en større andel av pasienttransport går med fly. Fra 2021 til 2022 har pasientreise med fly økt med 800 tonn CO₂. Samlet utslipp fra bruk av egen bil i pasientreiser har hatt en nedgang på om lag 2200 tonn CO₂. Det er særlig Finnmarkssykehuset HF som har hatt en betydelig nedgang.

Det har vært en økning i elbehovet fra 2021 til 2022. Denne tilsvarer 400 tonn CO₂ for foretaksgruppen. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har fra 2021 til 2022 redusert energiforbruket sitt med 4,5 gWh.

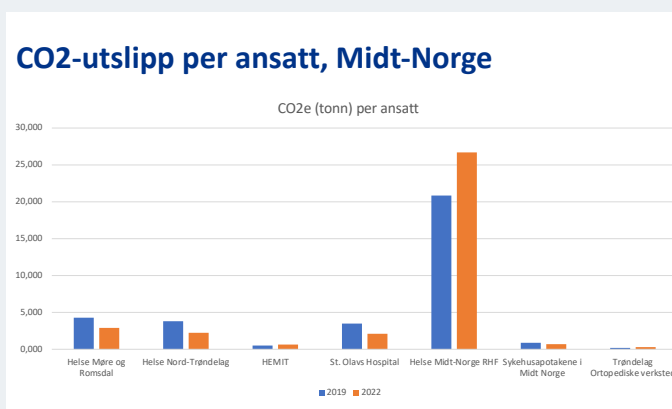
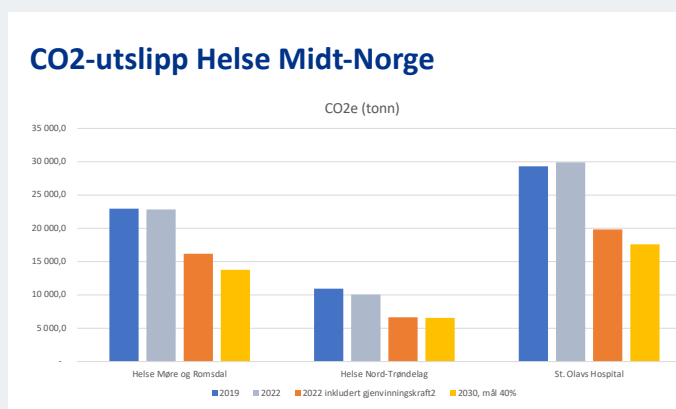
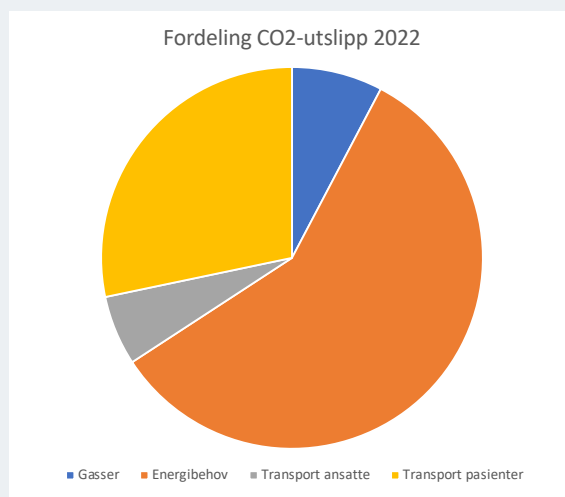
Fordeling CO₂-utslipp 2022CO₂-utslipp Helse NordCO₂-utslipp per ansatt, Helse Nord

Helse Midt-Norge har redusert sitt klimagassutslipp fra 2021 (67 910 tonn CO₂) til 2022 (65 515 tonn CO₂) med 2395 tonn CO₂ før vi tar inn vår andel av gjenvinningskraften i 2022. Denne utgjør 20 166 tonn CO₂. Utslippet i 2022 er med gjenvinningskraft innregnet på 45 349 tonn. Måltallet vårt for 2030 er 40 864 tonn, så det kreves fortsatt stor omstilling i vårt forbruk for å nå målet.

Det er arbeidet med å få ned utslipp fra Desfluran, og dette vises på utslippet, gasser ga et utslipp på 4369 tonn CO₂ i 2021, mens det var nede i 3495 tonn i 2022.

Energibehovet økte i Helse Midt-Norge i 2020 og 2021 i forhold til 2019, men har i 2022 gått noe ned fra de 2 foregående årene. I 2021 var utslippet på 48 331 tonn CO₂ mot 46 510 tonn CO₂ i 2022, før gjenvinningskraft regnes inn. Selv med gjenvinningskraft er det energibehovet som gir størst klimagassutslipp fra virksomheten.

Utslipp fra transport av ansatte gikk mye ned i 2020 og 2021 som følge av pandemien, men har økt igjen i 2022. I 2019 var utslippet på 3690 tonn CO₂, i 2021 på 1398 tonn CO₂, mens det i 2022 havnet på 2680 tonn CO₂.



Transport av pasienter gikk opp i 2021 blant annet som følge av en stor økning i ambulanseoppdrag. Antall oppdrag har økt ytterligere i 2022, men CO₂-utslippene er redusert. Det pågår en jevn utskiftning av gamle biler til nye med mer energieffektive motorer og biler som vises igjen på klimagassutslippene. Også transport med egen bil er redusert fra 2021 til 2022 og bidrar til at klimagassutslippene er redusert fra 13 814 tonn CO₂ i 2021 til 12 829 tonn CO₂ i 2022.

Ambulansebilene eies av det regionale helseforetaket i Midt-Norge i motsetning til de øvrige regionene. Dette fordi bilene flyttes mellom distrikt og by for å gi de en jevnere slitasje og lengre holdbarhet. Bensin- og dieselforbruket til disse regnes inn i klimaregnskapet til RHF-et.

Ambulansesjåførene er ansatt ute i helseforetakene og derfor er ikke CO₂-utslipp per ansatt en god målestokk for utslippene i Midt-Norge.

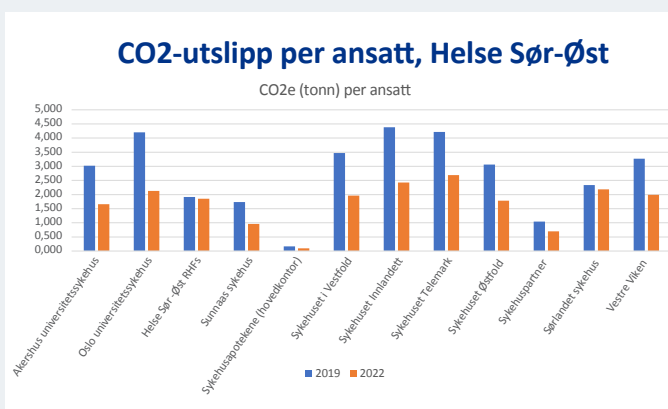
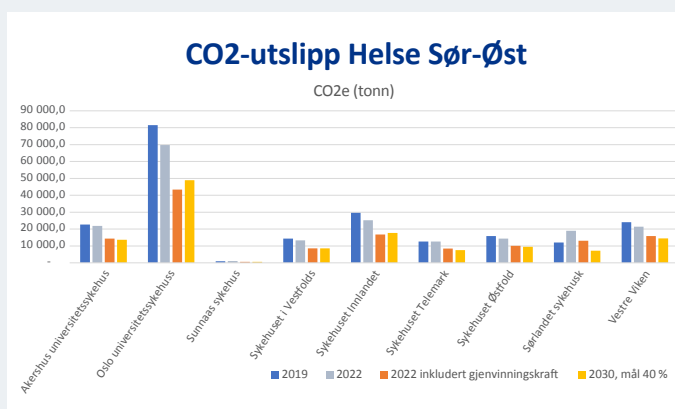
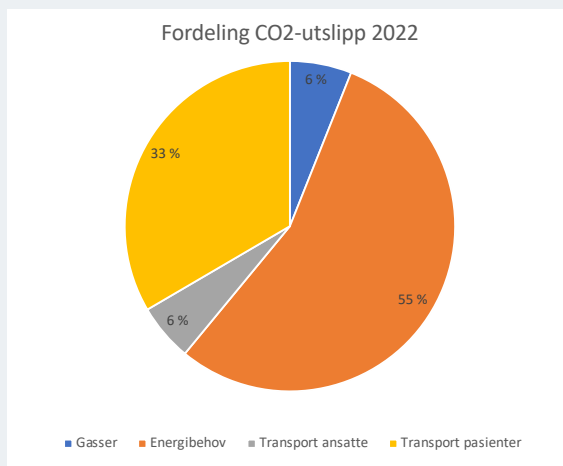


Samlet utslipp i Helse Sør-Øst er fra 2021 redusert med i overkant av 4000 tonn CO₂ før gjenvinningskraft er trukket fra.

Helseforetakene har det siste året hatt en nedgang i bruk av anestesigassen Desfluran, utslippsreduksjonen tilsvarer 850 tonn CO₂. Det er særlig Vestre Viken HF, Oslo universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF som har en betydelig reduksjon fra 2021 til 2022. Det har derimot vært en økning i bruk av lystgass som tilsvarer 260 tonn CO₂. Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF og Oslo universitetssykehus HF bidrar til den største økningen. Det er også registrert en liten økning i bruk av kuldemedier (F-gass). En forklaring er at Sunnaas sykehus HF har hatt en lekkasje av F-gassen R407C.

Flyreiser for ansatte har hatt en vesentlig økning fra 2021 til 2022 og utgjør nesten 1 500 tonn CO₂ utslipp, dette gjelder for alle helseforetak. Økningen i flyreiser for helseforetakene i Helse Sør-Øst tilsvarer en økning i utgifter til flyreiser med 27 500 000 Kr det siste året. Imidlertid er utslipp fra flyreiser fortsatt lavere (om lag 1200 tonn) enn det var i 2019. Pasienter i alle helseforetak har også benyttet fly mer i 2022 og tilsvarer et økt utslipp på 130 tonn CO₂. Samlet utslipp fra bruk av egen bil i pasientreiser har også økt med ca. 200 tonn.

Det har vært en reell nedgang i elbehov som tilsvarer 3 900 tonn CO₂ for foretaksgruppen. Oslo universitetssykehus HF har redusert energiforbruket fra 2021 til 2022 med 18 GWh som tilsvarer 9 200 tonn CO₂. Fra 2021 til 2022 har det vært en betydelig reduksjon i bruk av fyringsolje i helseforetakene. Forbruket er totalt redusert med 650 000 liter, som tilsvarer 1750 tonn CO₂. Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF står for den største reduksjonen. Sykehuset Innlandet HF har hatt en liten økning i forbruk av fyringsolje det siste året. Sørlandet sykehus HF har i 2022 avsluttet praksis for kjøp av elsertifikater, som forklarer økningen i CO₂ knyttet til energibehov.



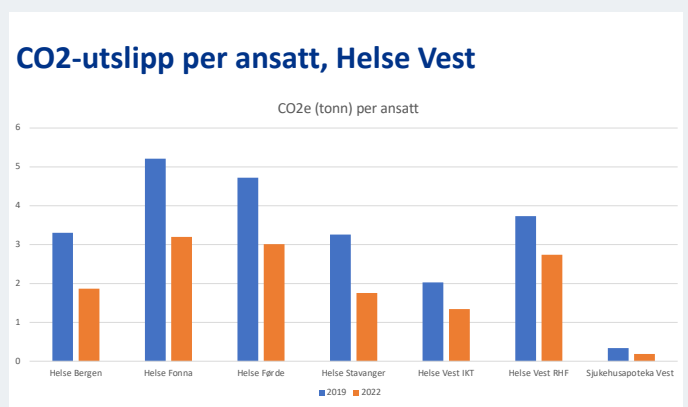
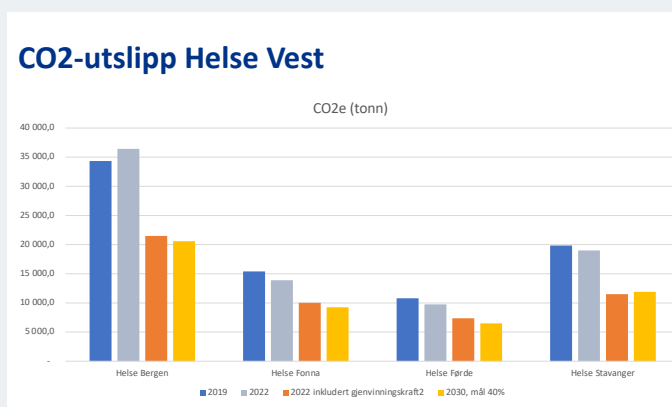
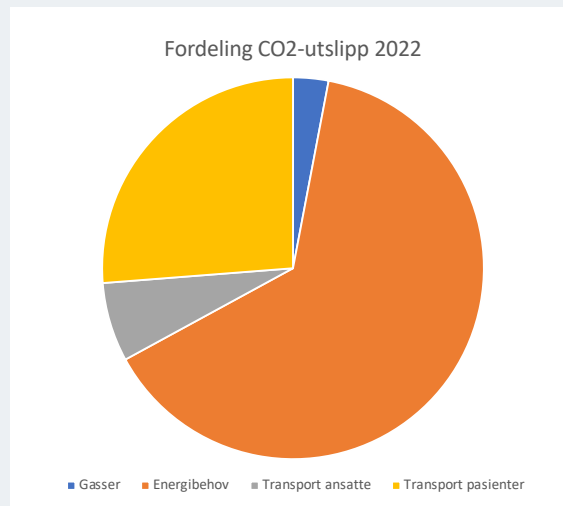
Samlet utslipp i Helse Vest er redusert fra 2021 med om lag 1000 tonn CO₂ før gjenvinningskraft er trukket fra.

Også i Helse Vest er det mindre utslipp fra gassen Desfluran i 2022, i Helse Bergen HF benyttes denne gassen ikke i det hele tatt. Det er en økning i totalt utslipp fra bruk av lystgass (60 tonn). Det er Helse Bergen HF og Helse Fonna HF som står for økningen, i Helse Stavanger HF og i Helse Førde HF ser vi en reduksjon i bruk av lystgass.

Det har vært en reell nedgang i elbehov som tilsvarer 1800 tonn CO₂ utslipp, største reduksjon ser vi i Helse Stavanger HF. Flyreiser for ansatte har økt betraktelig og utgjør nesten 800 tonn økt CO₂ utslipp, dette gjelder for alle helseforetakene. Imidlertid er utslipp fra flyreiser fortsatt lavere (om lag 450 tonn) enn det var i 2019.

Pasienter i alle helseforetak har også benyttet fly mer i 2022 og tilsvarer et økt utslipp på 200 tonn CO₂. Samlet utslipp fra bruk av egen bil har imidlertid blitt redusert med 400 tonn.

CO₂-utslipp per ansatt er redusert fra 2019 til 2022. Det er høyest utslipp per ansatt i Helse Fonna HF og Helse Førde HF særlig fordi pasienttransport utgjør en betydelig større andel av utslippet der. I RHF-et utgjør flyreiser for ansatte største kilde til CO₂ utslipp, tett fulgt av utslipp av energi til oppvarming.



KLIMA OG MILJØ



Helsesektoren forplikter seg til en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer

I november 2021 sluttet Norge, ved helse- og omsorgsministeren, seg til COP26 helseprogram. Initiativet legger opp til å lage et veikart mot en lavutslipps helsesektor, og en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer. Arbeidet med sårbarhetsanalyse og tilpasningsbehov er gitt til Folkehelseinstituttet (FHI), Område for klima og miljø, og gjøres med faglig bistand fra Sunnaas sykehus.

Det er vitenskapelig konsensus om at menneskeskapte klimaendringer skjer. Uavhengig om Norge og andre land oppfyller sine forpliktelser i Parisavtalen, vil klimaendringer øke i fremtiden og påvirke sykdomsbyrden i Norge, helsesektorens eiendom, infrastruktur, leverandørkjeder og evnen til å levere helsetjenester. 2022 Lancet Countdown rapporten påpeker at klimaendringer forsterker en rekke trusler mot helse, noe som på sikt vil påvirke helsesektoren i Norge.

Undersøkelser gjort av Riksrevisjonen, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Kommunenes sentralforbund, viser at offentlig sektor i Norge per i dag har kommet kort med klimatilpasning. En undersøkelse gjort av FHI rettet mot sykehusene og kommunale helsetjenester bekrefter behovet for videre arbeid i helsesektoren. FHI's analyse vil vise et overordnet risikobilde. Eierskapsmeldingen krever at selskapene skal være «ledende i arbeidet med ansvarlig virksomhet». Sårbarhetsvurdering og risikostyring mht. klimaendringer inngår i utøvelsen av ansvarlig virksomhet, og gjøres til slutt på lokalt virksomhetsnivå på samme måten som miljø- og energiledelse, gjerne iht. ISO 14090 standard for klimatilpasning i organisasjoner.

Organisasjonen Healthcare Without Harm Europe er prosjektpartner i EU LIFE RESYSTAL prosjektet, som skal bidra til klimatilpasning i helsesektoren i Europa. I prosjektet legges det vekt på bruk av naturbaserte løsninger for klimatilpasning av sykehuseiendom, med bonusvirkninger på biologisk mangfold og helsefremmende omgivelser. Sunnaas sykehus går foran som pilot, og deltar i prosjektets «scaling network» hvor verktøy og metodikk til sårbarhetsanalyser, kost/nyttevurderinger av tilpasningstiltak med mer vil deles.

Flom på Sørlandet sykehus 23. november, 2014, som førte til bruk av kr 26 mill. til reparasjoner, og kr 11 mill. til klimatilpasning.

Foto: Tor Erik Schrøder / NTB Scanpix



Dashboard som viser status for felles klima- og miljømål

LES
HER

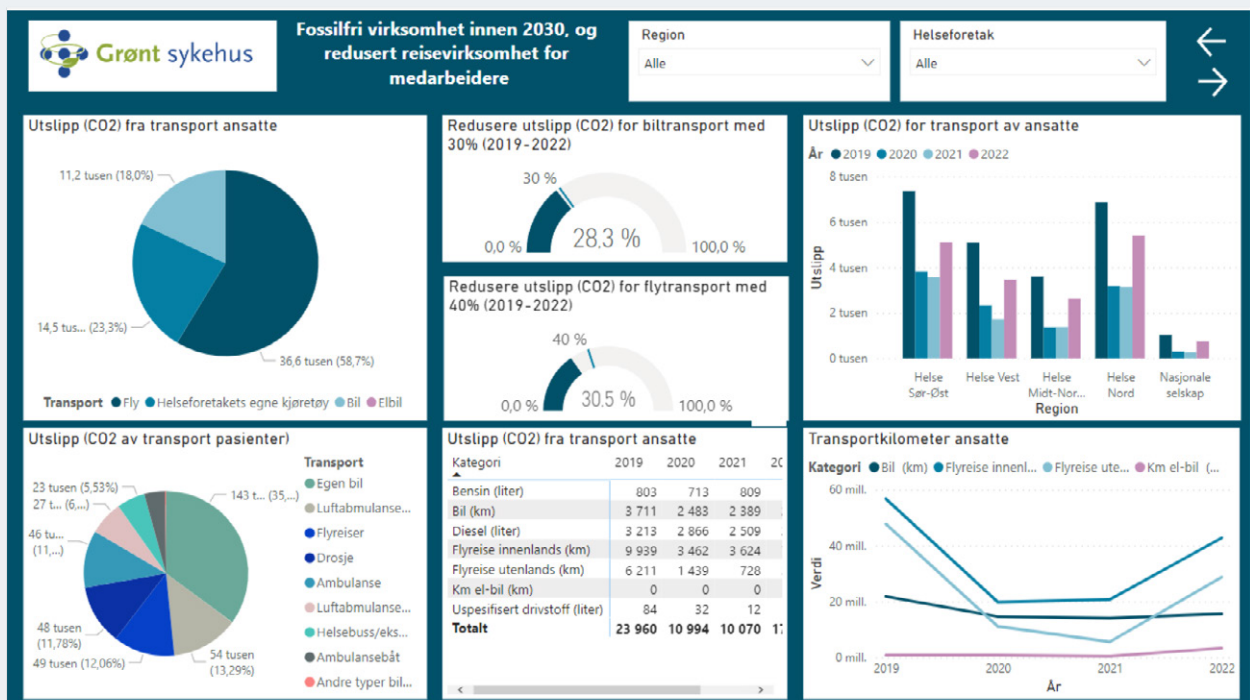
Power BI er tatt i bruk som verktøy for å vise utvikling i måloppnåelse for spesialisthelsetjenestens felles klima- og miljømål.

Dashbordet er et nyttig verktøy for helseforetakene for å følge med på utvikling over tid. I tillegg gir dashbordet mulighet til å sammenligne resultater mellom helseforetakene i Norge.

Helse Sør-Øst har utviklet verktøyet og har ansvar for årlig oppdatering av data fra klimaregnskapet og andre datakilder.



Ved å trykke på det enkelte målet så vises ett nytt bilde med status for måloppnåelse.



Helse Nord har fått felles miljøstyringssystem og verktøykasse

Satsningene i miljøarbeidet til spesialisthelsetjenesten har endret form med overgangen til felles mål basert på FNs bærekraftsmål. For å tilpasse oss bedre mot det grønne skiftet er det gjort flere endringer i miljøstyringen til foretaksgruppen Helse Nord.

Selv om de fleste tiltakene er iverksatt i 2022, vil det ta tid å implementere dem alle i våre store organisasjoner.

Delstrategi klima og miljø – Helse Nord

Som en del av Helse Nord's miljøatsing ble det for første gang lansert en delstrategi for klima og miljø som skal utdype og støtte den overordnede strategien til Helse Nord. Siden miljøstyringen er felles for foretaksgruppen vil delstrategien være førende for alt miljøarbeid i Helse Nord, og i hvert enkelt helseforetak.

Strategien beskriver gjeldende status, hvor vi ønsker å være i 2030 og hvilke tiltak som vi anser som nødvendig for å komme til et ønsket nivå i arbeidet med miljø og klima.

Ledelsessystem for miljø i Helse Nord – ikke lengre tredjepartssertifisert

Helseforetakene har valgt å slå sammen sine miljøprosedyrer til et felles system. Vi skal gå i takt mot et mer miljøvennlig helsevesen og øke graden av læring på tvers. Det betyr også at vi vil gjennomføre en felles vurdering av resultatene i foretaksgruppen årlig.



forts. Helse Nord har fått felles .miljøstyringssystem og verktøykasse

Helseforetakene går fra det gamle systemet hvor miljøledelse var fragmentert (på tross av god nettverksaktivitet) til et nytt system som er mer sentralisert og mer kunnskapsbasert. Å oppfylle felles klima- og miljømål kommer til å kreve mer fra helseforetakene i tiden framover.

Hvis vi ser på prestasjonskurver fra 2013 til 2022, må det leveres en sterkere prestasjon for å oppfylle 2030 målene. Utviklingen siden 2013 viser også at sertifisert miljøledelse alene ikke er tilstrekkelig for å sikre klimakutt i tråd med Norges ambisjonsnivå og internasjonale forpliktelser.

Ressursmessig vil det derfor heller ikke være hensiktsmessig å videreføre dagens tredjepartsertifisering. Fokus og ressursbruk som til nå har gått med i planlegging, gjennomføring og oppfølging av revisjoner vil gi bedre nytte i daglig drift. Nasjonalt rammeverk for spesialisthelsetjenesten, delstrategi for klima og miljø Helse Nord, samt felles miljøstyringssystem vil være tilstrekkelig for å ivareta målsettingene for miljøledelse.

Felles e-læringskurs miljøbevissthet og felles kompetanseplaner

Det er utviklet et nytt felles obligatorisk e-læringskurs som sammen med kommende kompetanseplaner skal gi alle medarbeidere den kunnskapen de trenger for å ta de rette miljøvalgene. Malen for dette kurset har også blitt gitt helseforetak utenfor Helse Nord med gode tilbakemeldinger og rammeverket kan bli brukt av andre helseforetak i Helse-Norge. Miljømålekort i Helse Nord sitt ledelsesinformasjonssystem

Det er over tid utviklet et målekort i Helse Nord ledelsesinformasjonssystem som gir administrativt personell oversikt over de ulike måtene vi påvirker ytre miljø. Målekortet er utviklet ved universitetssykehuset Nord-Norge HF, men skal i løpet av 2023 lanseres i alle foretakene i Helse Nord. Det blir da mulig å måle forbruket over år eller mot forrige kvartal. Dette skal gjøre det enklere å vurdere eget arbeidssted sitt forbruk når man setter seg miljømål, eller overvåke foretakets status i forhold til de overordnede miljømålene. Uten kunnskap om status på eget forbruk vil det være vanskelig å ha et fokus på status i miljøarbeidet. For eksempel har universitetssykehuset Nord-Norge HF til tross for reisestoppen brukt mer leiebil i 2022 enn vi gjorde i normalåret 2019.

Klimafotavtrykket til Helse Nord

Helse Nord er den første foretaksgruppen som får tilgang til Klimakost 2.0, som er et verktøy utviklet for å beregne de totale klimautslippene fra organisasjoner i et livsløpsperspektiv. Verktøyet gjør det mulig å benytte eksisterende regnskapsinformasjon til å raskt skape seg et oversiktsbilde over hvilke aktiviteter som bidrar mest til virksomhetens klimafotavtrykk. Slik kan man fokusere innsatsen mot de områdene som har størst miljøpåvirkning. Verktøyet gir også gode muligheter for sammenligning, oppfølging over tid, samt utvikling av nøkkeltallsindikatorer. En pilotversjon av klimakost ble lansert i slutten av 2022, og helseforetakene vil ta det i bruk i løpet av 2023.

Miljørevisjon på tvers av helseforetak

«Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten» sier at tema for revisjonene skal knyttes opp til felles klima -og miljømål.



Samarbeidsutvalget for klima og miljø (Grønt sykehus), velger ut tema og utarbeider et intervjukjema. Tema for 2022/23 er energiledelse, basert på FNs bærekraftsmål nr. 7. Ren energi for alle, og miljømålet for spesialisthelsetjenesten er å redusere energiforbruk med 20 prosent innen 2030.

Revisjoner på tvers av helseforetak er frivillig. I Helse Sør-Øst samarbeider Sykehuset Sørlandet, Sunnaas, Sykehuset Østfold og Akershus universitetssykehus. Helseforetaket som skal revideres stiller med revisjonsleder, og fagrevisor kommer fra en av de andre.



Revisjonsgrunnlaget er som følger:

- Grønt sykehus utarbeidet i 2012 Prosjektrapport II Miljø- og klimatiltak innen bygg og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten, med blant annet mål og ambisjoner om å innføre energiledelse i helseforetakene
- ISO 50001 Energiledelsessystemer, er bygget opp rundt de samme prinsippene som ISO 14001 Ledelsessystemer for miljø
- Høsten 2020 tilsluttet administrerende direktør i Helse Sør-Øst seg til «10 anbefalte strakstiltak for byggeiere» anbefalt i Eiendomssektorens veikart for 2050
- Standard for miljø og klima i sykehusprosjekter, vedtatt i 2021
- Relevante lover og forskrifter

Revisjonene belyser at det er avvik mellom mål og middel i helseforetakene i form av ressurser til å ivareta energiledelse i daglig drift, og investeringer for å gjennomføre tilstrekkelig med energiltak framover. Miljørevisjoner på tvers av helseforetak svarer til forventningene når det gjelder erfaringsoverføring, og anbefales for flere helseforetak.

Digitalisering i et bærekraftsperspektiv

Pasientreiser HF gjør en rekke grep for å bidra til en bærekraftig utvikling



Pasientreiser HF bidrar til en bærekraftig utvikling ved å:

- utvikle digitale løsninger som reduserer postsøknader i saksbehandlingsprosesser
- gi verktøystøtte for at pasientreiser kan planlegge reiseruter optimalt ved at flere pasienter kjører sammen til og fra behandling
- støtte bruk av teknologi som fremmer mer behandling av pasienter i hjemmet og som bidrar til færre pasientreiser

Digitalisering og automatisering for reiser uten rekvisisjon

Pasienter som organiserer reise til og fra behandling selv, kan søke støtte for reiseutgifter i etterkant, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven med tilhørende forskrift. Pasientreiser HF har høyt fokus på å videreutvikle selvbetjeningsløsningen på Helsenorge, slik at pasientene på en enkel måte kan søke digitalt.

Videreutviklingen foregår trinnvis og smidig med utgangspunkt i brukernes behov. Målet er at brukerne skal oppleve tjenesten som enkel og tilgjengelig, og at pasientreiser fremstår som enhetlig.

Digitaliseringsgraden har økt jevnlig fra 2016. I desember 2022 ble 88,9 prosent av søknadene om støtte til reiseutgifter mottatt digitalt. Det er en målsetting at 90 prosent av søknadene mottas digitalt via Helsenorgeplattformen i løpet av 2024.



forts. Digitalisering i et bærekraftsperspektiv

Digital innsendelse av søknader om støtte til pasientreiser har medført en reduksjon av inngående post med 80 prosent i 2022. Dette tilsvarer en nedgang på 84,5 prosent, tilsvarende 19,9 tonn inngående post, sammenlignet med før elektronisk søknadsprosess ble implementert i 2016. Utsendelse av vedtaksbrev per post er redusert tilsvarende i perioden, og tilsvarer 13,6¹⁾ tonn utgående post. Før oktober 2016 foregikk all saksbehandling av søknader om støtte manuelt, mens 56 prosent av vedtakene ble behandlet automatisk i 2022.

Økt digitalisering og automatisering av området reiser uten rekvisisjon utgjør en betydelig miljøgevinst.

Videreutvikling av selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon

I 2022 har pasientreisere tjenester på Helsenorge blitt videreutviklet. På Helsenorge kan brukere nå se, avbestille og bekrefte rekvirerte reiser.



I tillegg har det i 2022 kommet funksjonalitet for at brukere kan:

- endre dato og tidspunkt for når vedkommende skal være fremme på behandlingsstedet
- registrere tidligste hentetidspunkt etter behandlingen
- legge til adressen for hvor reisen skal starte, og hvor brukeren skal reise tilbake til etter behandling
- legge til spesielle behov på reisen

Det er pasientreiser som er rekvirert på medisinsk grunnlag, og som skal gjennomføres med drosje eller minibuss, som nå kan ta i bruk funksjonaliteten som ble tilgjengeliggjort for brukerne i 2022.

Det er en målsetting innenfor pasientreiseområdet å overføre en større del av bestillingsansvaret fra behandler til pasient ytterligere gjennom selvbetjeningsløsningen på Helsenorge og ny rekvisisjonspraksis som vil komme som pilot i 2023. Ved at flere pasienter er informerte og aktive i prosessen for rekvirerte reiser, forventes færre bomturer som vil kunne bidra til reduserte utslipp.

Klimaregnskap for spesialisthelsetjenesten knyttet til pasientreiseområdet

Pasientreiser HF bidrar med å beskrive utvalgte utslippsindikatorer på pasientreiseområdet, og vil anbefale metode for å styrke datakvaliteten i klimaregnskapet for spesialisthelsetjenesten.

1) 2016: 780.000 vedtak med vedtaksbrev ble sendt pr post. I 2022 var dette tallet 121.500 vedtak. Vekt per postutsendelse er beregnet til å være 21 gram.

Pasientreiser i Helse Nord

Foretaksgruppen i Helse Nord har siden 2017 hatt oppmerksomhet på å stimulere til miljøvennlig transport av pasienter gjennom å vektlegge miljøkrav i evalueringen av tilbud ved anbudskonkurranse for tilrettelagt transport med drosje/turvogn.

Dette har bidratt til en mer miljøvennlig bilpark ved nullutslippskjøretøy og lavutslippskjøretøy, særlig der det har vært konkurranse mellom flere tilbydere.

De første store gevinstene kom i avtalene som trådte i kraft i 2019, hvor utslippene av klimagasser fra bilparken i de ulike avtaleområdene på Finnsnes og på Senja ble redusert med 54-96 prosent. I Tromsø ble utslippene redusert med 32 prosent.

I neste anbudskonkurranse i 2021 nådde vi en viktig milepæl ved at Helse Nords største rammeavtale for pasientreiser landeveis ble vunnet av en leverandør som tilbyr kun nullutslippsbiler. Fra og med februar 2022 ble dermed Tromsø landets første by med utslippsfri pasienttransport med drosje.

I forberedelsene til anbudskonkurransen i 2022 har vi jobbet grundig med kartlegging av rammebetingelsene for å drifte pasientreiser med drosje i landsdelen med elbiler. Det inkluderer både leveringstider for materiell og økonomiske forhold ved drift av elbil som drosje, men aller mest vekt er lagt på å kartlegge eksisterende ladeinfrastruktur (hurtig- og lynladere) og ikke minst planlagt utbygging av dette i tiden fra konkurranseutlysning høsten 2022 til avtaleoppstart i andre halvår 2023.

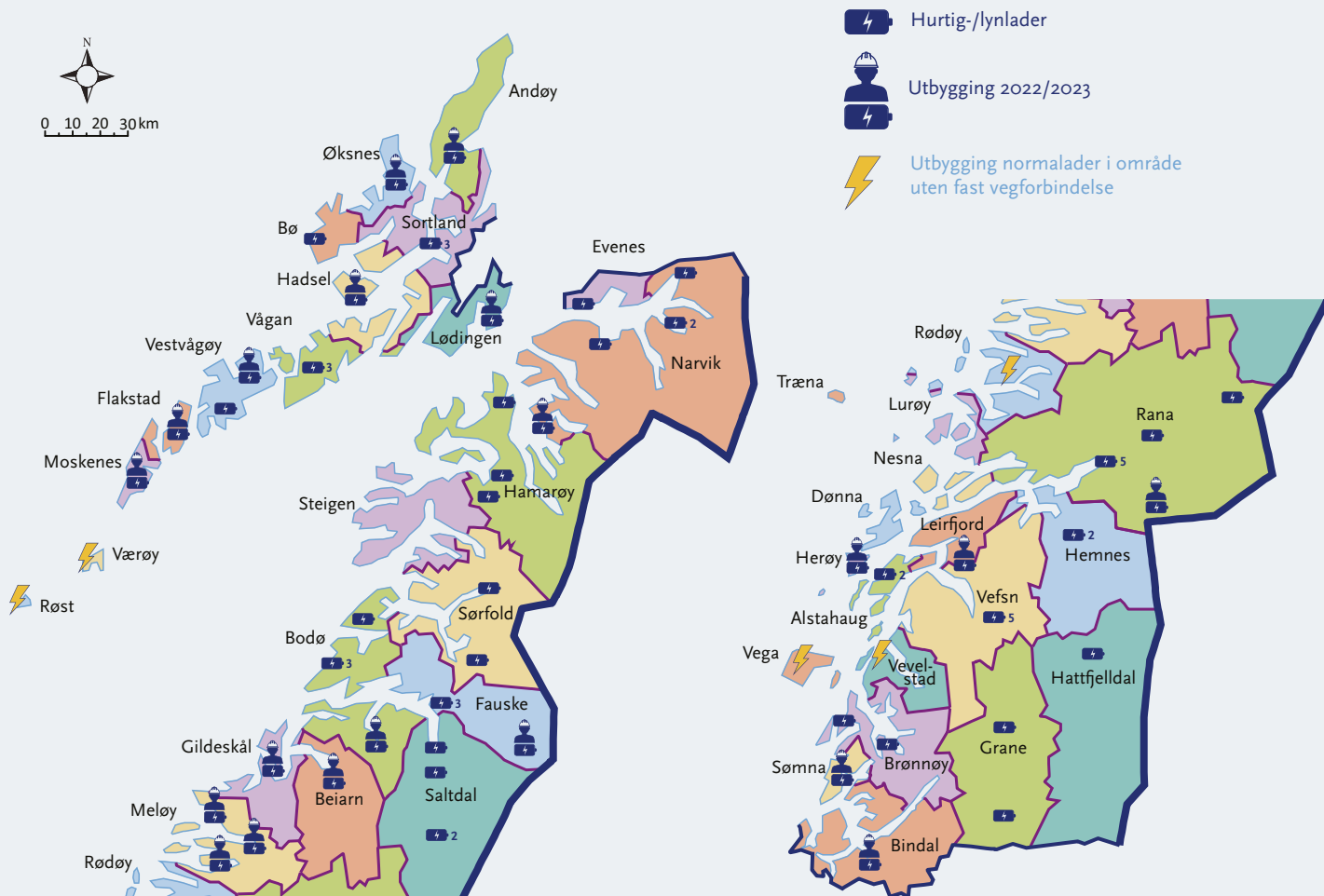
I anbudskonkurransen ble det igjen stilt tydelige miljøkrav og miljø ble vektlagt 30 prosent i evalueringen. Vi har skjerpet kravene i takt med den teknologiske utviklingen, slik at det denne gangen kun ble gitt poeng for nullutslippskjøretøy.

forts. Pasientreiser i Helse Nord

Det ble i desember 2022 inngått nye avtaler for Bodø og Rana, som gjør at Bodø og Mo i Rana blir Norges andre og tredje by med utslippsfri pasienttransport når de nye avtalene trår i kraft i november 2023. Også for de mindre områdene som er konkurranseutsatt ser man et betydelig innslag av nullutslippsmateriell. I det store bildet er ca. 60 prosent av materiellet som er tilbudt nullutslippsmateriell, og signalene i forhandlingsmøtene er at mange forventer å skifte til elbil når eksisterende materiell skal skiftes ut. En stor forklaringsfaktor her er nettopp at Helse Nord er så tydelig på sine forventninger rundt dette. Våre leverandører bekrefter også både i avtaleoppfølgingen og i nyhetssaker i media at Helse Nord's krav i rammeavtalene har vært viktige for at de bytter til nullutslippskjøretøy.

Med tanke på de klimatiske og geografiske forutsetningene i Nord-Norge er Helse Nord svært tilfreds med å være først i løypa i overgangen til utslippsfri pasienttransport i Norge. Helse Nord opplever at resultatene vi har oppnådd på området kommer som en følge av en langsiktig tydelig miljøprofil.

Status sommeren 2023



«Helse Nord's egen kartlegging viser at utbyggingen av ladestasjoner nå gjør det mulig med utslippsfri pasienttransport i hele Nordland».



Hilde Kristin Hårklau, modell for pasienten. Marie Svanberg Habashi er anestesijukepleiar.

Fotograf: Margunn Langedal Masdal, rådgjevar kommunikasjon i Helse Førde HF.

No lagar vi ein virtuell anestesipoliklinikk

Sogn og Fjordane er ein stor geografisk region – den største i Vestland fylke. Mange pasientar har difor lang og krevjande reiseveg til sjukehusa og polikliniske avtalar. Å flytte nokre av desse avtalen til konsultasjonar via internett vil gje mange positive ringverknader.

Prosjekt «Etablering av virtuell preoperativ poliklinikk» har som mål å greie ut, planlegge og legge til rette for digitalt anestesitilsyn for vaksne, elektive pasientar som skal bli opererte i Helse Førde HF.

Tiltaket inneber fordelar for pasientar, helseføretak, tilsette og leiarar. Ikkje minst gjev det redusert klimaavtrykk på grunn av færre pasientreiser. Forventningane er ei gradvis auke i tal gjennomførte anestesitilsyn på video, større brukartilfredsheit hos pasientar, ei betring av arbeidstidfordeling i anestesipoliklinikken, reduksjon i tal pasientreiser og reduksjon i ventetid på sjukehuset for pasientane.

forts. no lagar vi ein virtuell anestesipoliklinikk

Prosjektet starta ved sentralsjukehuset i Førde i 2022. Piloten har som resultatmål å gjennomføre 80 prosent, det vil seie omlag 400 av konsultasjonane over video innan 01.04.2023. Det vart utarbeida endringar i pasient-, og arbeidsflyt gjennom gode prosessar med leiarar, tilsette og pasientar. Etter at resultatet frå piloten og innføringa på sentralsjukehuset er evaluert, skal prosjektet vidareførast på dei andre sjukehusa i føretaket.

Vi samarbeider tett med program Digitale helsetenester i Helse Førde HF for utveksling av kompetanse.



Her er vi i gong med å teste den virtuelle anestesikonsultasjonen.

Fotograf: Margunn Langedal Masdal, rådgjevar kommunikasjon i Helse Førde HF.

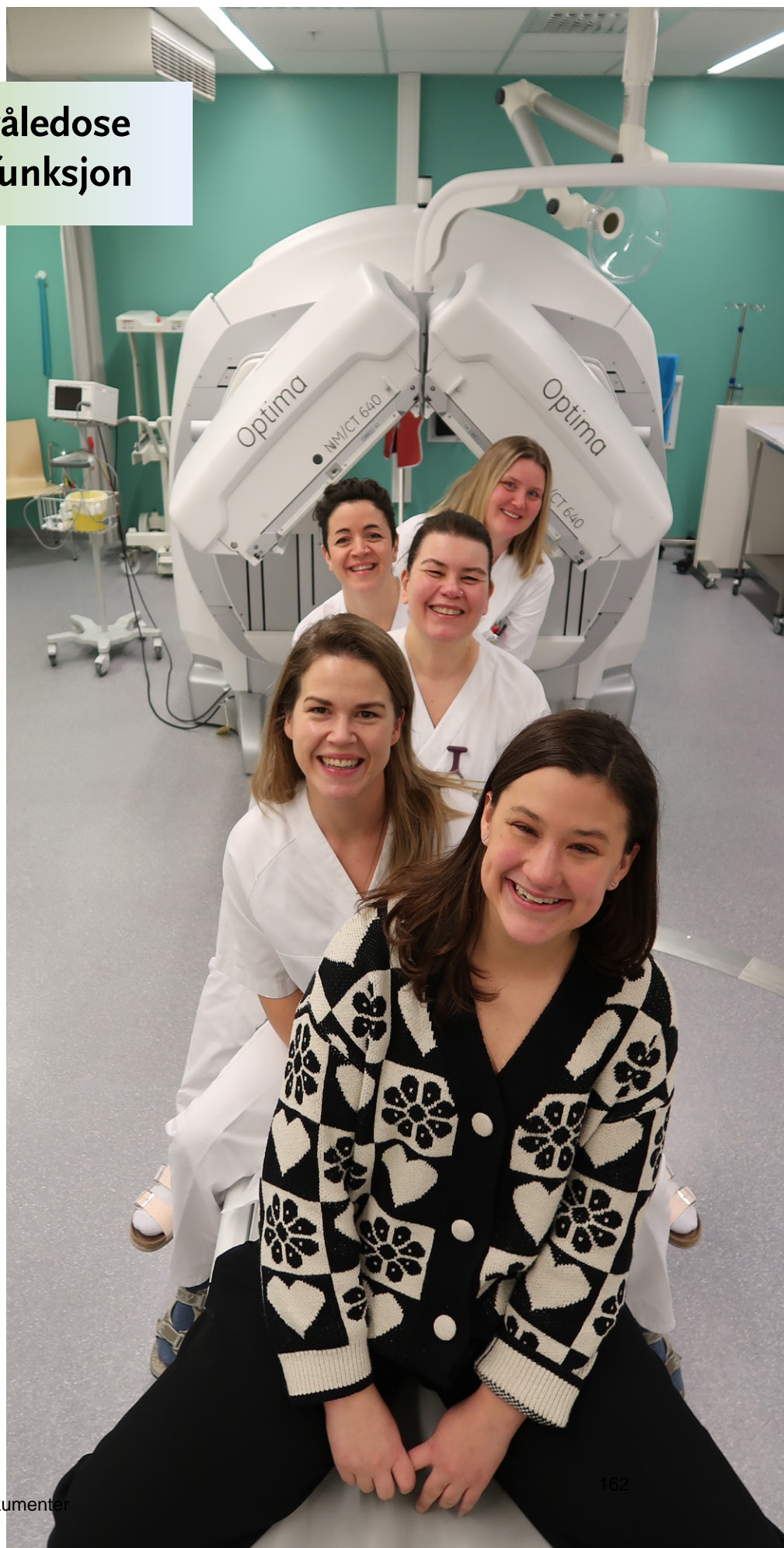
Sjå vår filmsnutt om prosjektet!



Optimalisering av stråledose for kontroll av hjertefunksjon

Strålevern er svært viktig i det daglige arbeidet på nukleærmedisinsk enhet, og det er krav til at både pasienter, ansatte og ytre miljø skal få så lav stråledose som mulig uten at det går ut over kvaliteten på undersøkelsen pasienten har behov for.

Forfra: Ingrid Boland
(medisinsk fysiker),
Jeanette Kjerpeseth
(enhetsleder nukleærmedisin),
Jeanette Andersen
(fagradiograf),
Camilla Hansen (radiograf)
og Line Myrstad (fagansvarlig).
Foto: Renate Johannesen.



forts. Optimalisering av stråledose for kontroll av hjertefunksjon



– Prosjektet «Optimalisering av stråledose for kontroll av hjertefunksjon» omhandler pasienter med brystkreft som behandles med kardiotoxiske medikamenter, for eksempel Herceptin, forklarer **Jeanette Kjerpeseth, enhetsleder på nukleærmedisin.**

Disse pasientene kommer til kontroll av hjertefunksjonen sin før oppstart av behandling, og rutinemessig hver tredje måned i et år. Noen pasienter kommer til denne kontrollen over flere år ved behov.

– Når pasienten kommer til nukleærmedisin får hun/han et merkestoff injisert i en blodåre, som merker de røde blodcellene i kroppen. Etter 30 minutter får pasienten et radioaktivt merkestoff som da «kobler seg på» merkestoffet i de røde blodcellene. Det er denne radioaktive stråledosen vi har optimalisert gjennom dette prosjektet, sier hun.

Bakgrunnen for forbedringsprosjektet var en internrevisjon i 2019, der enheten begynte å diskutere muligheter for dette prosjektet.

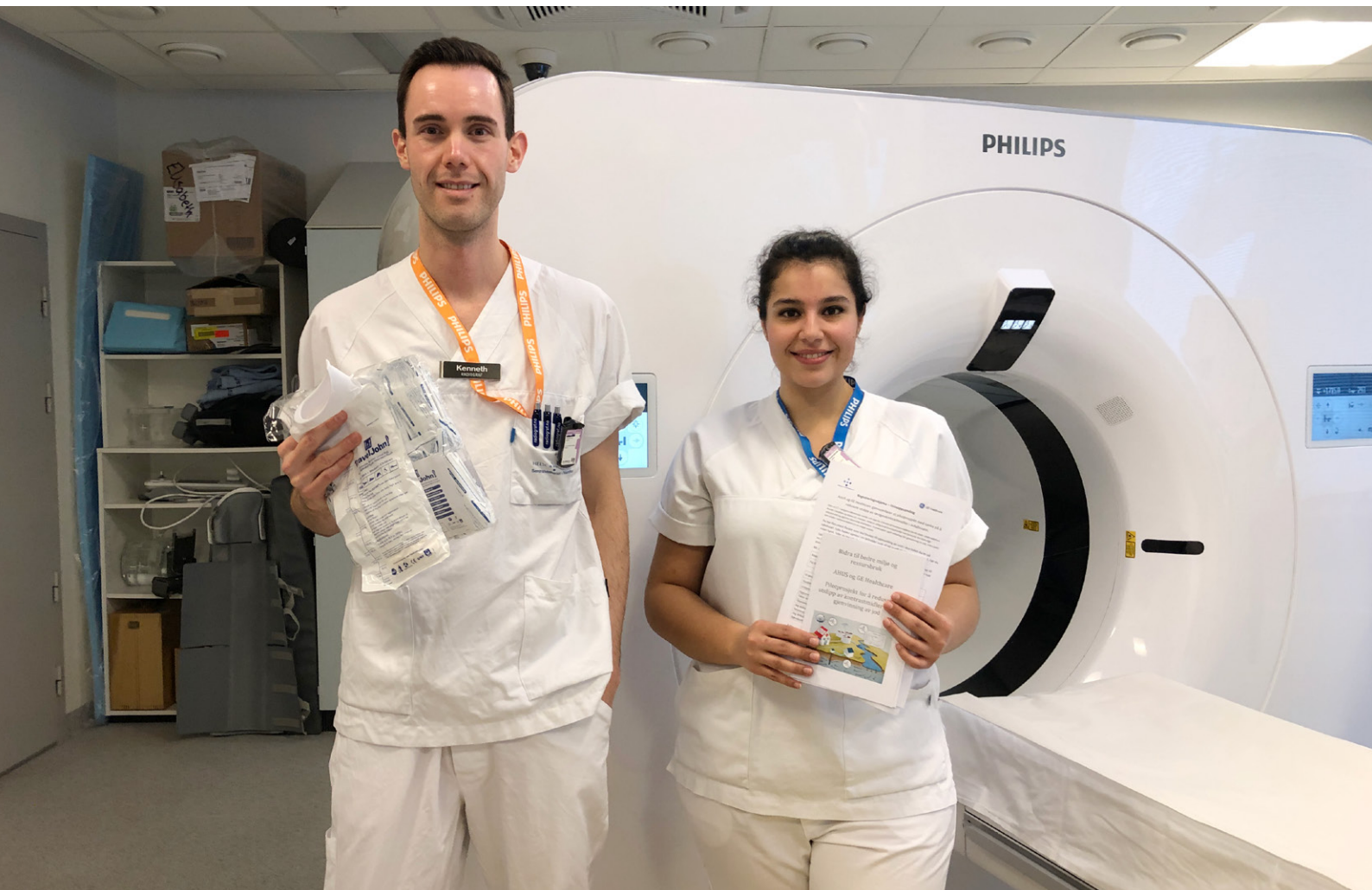
– Vi hadde interne diskusjoner angående dette frem til oppstartsmøte for prosjektet 12. oktober 2020. I juni 2021 ble endringen i stråledose iverksatt. Det ble gjort en evaluering av prosjektet i oktober i år, der det ble bestemt at denne endringen innføres som standard for denne undersøkelsen, avslutter Jeanette Kjerpeseth.

I 2020 startet arbeidet, der målet var å redusere stråledosen til pasientene med så mye som mulig, uten at det gikk ut over kvaliteten på undersøkelsen. Resultatet ble en reduksjon av stråledose til denne pasientgruppen på 40 prosent, og derav også redusert stråledose til ansatte, og i mindre skala utslipp til ytre miljø.

I desember 2021 ble Nukleærmedisinsk enhet i Nordlandssykehuset HF tildelt Helse Nords forbedringspris for prosjektet. Etter prosjektet er stråledosen pasienten utsettes for, redusert med 40 prosent. Endringen bidrar også til et tryggere fysisk arbeidsmiljø som en følge av redusert stråling til ansatte, og reduserer utslipp til ytre miljø. Prosjektet bærer preg av bred medvirkning blant de ansatte.



Prosjektet ble også nominert til årets sommerfuglsak i Nordlandssykehuset i 2022. En sommerfuglsak er en sak som omhandler en positiv hendelse, forskning, innovasjon eller annen utvikling i sykehuset.



Redusert utslipp av røntgenkontrastmidler

Akershus universitetssykehus HF og GE Healthcare gjennomfører et samarbeidsprosjekt for å teste muligheter for å redusere utslipp av røntgenkontrastmidler fra sykehuset gjennom lokale tiltak på radiologisk avdeling.

Røntgenkontrastmidler er det farmasøytiske produktet det finnes mest av i elver, innsjøer og fjorder. Fordi de er så stabile og lite kjemisk reaktive, slipper de gjennom vannrensseanlegg og ut i naturen. Selv om røntgenkontrastmidler er svært lite toksiske, brytes de ned av ultrafiolett lys til substanser som kan være skadelige for mikroorganismer.

Pasienter som skal til undersøkelse, blir bedt om å delta frivillig i å teste utstyr til oppsamling av urin. Utstyret er urinposer som er utviklet med tanke på enkel og hygienisk bruk for både menn og kvinner. Urinposene samles og utskilt jodmengde vil bli målt. Selskapet Mjøslab deltar også i prosjektet og vil måle hvor stor effekt oppsamlingen av pasienturin har på det totale utslippet av kontrastmidler (jod) fra Akershus universitetssykehus HF de dagene urin samles opp.

Jod er også en knapp ressurs og 20 prosent av verdens jodforbruk går til fremstilling av røntgenkontrastmidler. Oppsamlet urin vil bli brukt til teste metoder for gjenvinning av jod av selskapet MT Separations som har spesialisert seg på resirkulering av verdifulle avfallsprodukter som bidrag til en bærekraftig fremtid.

Store besparelser med mobil røntgen

Med fokus på pasientvelferd og helsegevinster, har helseforetaket og kommuner i Namdalen etablert et desentralisert helsetilbud i form av mobil røntgen.

I norddelen av Trøndelag er det lange reiseavstander for pasienter som skal til sykehus. I nedslagsfeltet til Sykehuset Namsos (SH Namsos) kan reiseavstanden overstige to timer én vei. En slik reise tur/retur SH Namsos fra for eksempel Sørli i Indre Namdal er 340 km. En tilsvarende reise fra Leka i Ytre Namdal er 300 km pluss ferje. Dette innebærer at en reise til sykehuset kan vare en hel dag for å få utført en enkel røntgenundersøkelse. En undersøkelse som kunne vært utført med samme kvalitet i hjemkommunen.

Mobil røntgen i Namdalen ble satt i gang som prøveprosjekt fra januar 2018 og i vanlig drift fra januar 2019.

Tjenesten er en desentralisert helsetjeneste som fungerer slik at en modifisert varebil med et mobilt røntgenapparat kjører ut og foretar undersøkelser hjemme hos folk, på sykehjem eller på egnede rom i kommunal regi.

Premissene for at mobil røntgen kunne etableres som tjeneste kan summeres opp med teknologisk modenhet, ønske om å tilby like helsetjenester til alle innbyggere, organisasjonens mulighetsrom og regionens gode samarbeidsklima.

Det utføres årlig ca. 1000 undersøkelser.



Medisin og velferd

Rekvirentene, det vil si legene i primærhelsetjenesten, oppsummerer Mobil røntgen på følgende måte:

- Opplevs lettere tilgjengelig, mindre omstendig og mer praktisk enn konvensjonell røntgen ved sykehus
- Har betydning for behandlingsforløp, bidrar til sikrere kliniske vurderinger og dermed en bedre helsetjeneste i utkantstrøk
- Unngår belastende pasienttransport, derved sparer man også pårørende, ledsagere, ambulanse og personell
- Tilbudet skaper trygghet både for den enkelte pasient og lokalsamfunnet
- Bidrar til mer like tjenester for alle

Miljø


Med de store avstandene som gjelder i Namdalen, blir besparelsene i kjøring og reisekostnader store ved mobil røntgen. TFOU (Trøndelag forskning og utvikling) har i rapport for driftsåret 2019 regnet på sparte kjørte kilometer på vegene med ulike transportmidler. Til sammen estimeres nesten 133 000 kilometer i spart pasienttransport. Sagt på en annen måte: Mer enn tre ganger rundt jorden.

Bo Frederiksen

spesialrådgiver i klinikk for bildediagnostikk, Helse Nord-Trøndelag HF

Behovsstyrt poliklinikk i helseforetak i Helse Vest

Tanken bak behovsstyrt poliklinikk er blant annet å tilpasse sykehusets oppfølging bedre og mer i samsvar med pasientens behov, samtidig som oppfølgingen fortsatt er trygg og kvalitetssikker. Hypotesen er at sykehuset på denne måten vil redusere oppfølging av pasienter som ikke har et behov. Et eksempel hentet fra Helse Bergen HF er oppfølging etter håndleddsbrudd:

 Tidligere kontrollopplegg	Nytt kontrollopplegg
<ul style="list-style-type: none"> • Etter 2 uker: Kontroll hos fysio • Etter 6 uker: Kontroll hos lege • Deretter kontroll etter behov 	<ul style="list-style-type: none"> • Etter 2 uker: Kontroll hos fysio • Etter 12 uker og 1 år: PROM skjema med tilbakemelding til pasient + spørsmål om ønske om kontroll

I det nye kontrollopplegget får pasienten tilbakemelding via SMS som besvares, og på bakgrunn av score fra pasientens svar så anbefales kontroll eller ikke. Dersom sykehuset ikke anbefaler kontroll så inviteres likevel pasienten til kontroll dersom ønskelig, og pasienten kan velge mellom telefon, video eller fysisk oppmøte, se bilder under. Erfaring viser at 62 prosent av pasientene ikke ønsker time, mens 29 prosent av de som svarte ønsket fysisk oppmøte.

Pasienten får tilbakemelding via SMS

**Oppfølging av håndleddsbrudd
3 mnd kontroll,
god score**

Hei, din score var 20 poeng eller mindre. Gjennomsnitt score etter 3 måneder ved denne type brudd er 12 poeng (best resultat er 0, dårligst resultat er 100). Du har altså et tilfredstillende resultat.

Ja
 Nei, jeg tar kontakt ved behov.

Vennligst kryss av for en av følgende:

Telefonsamtale
 Videosamtale
 Oppmøtetime

Ferdig

**Oppfølging av håndleddsbrudd
3 mnd kontroll,
dårlig score**

Hei, din score var over 30 poeng. Gjennomsnitt score etter 3 måneder ved denne type brudd er 12 poeng (best resultat er 0, dårligst resultat er 100). Du har altså et dårligere resultat enn forventet. Du vil bli innkalt til kontroll hos oss. Dersom du ikke ønsker dette, vennligst gi beskjed på tlf.: 55 97 28 37.

Ferdig


HELSE BERGEN
 HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

Finnmarkssykehuset HF ønsker å være i front på energiledelse

Finnmarkssykehuset HF forbereder seg for å kunne være framme i front når det gjelder utvikling og etablering av systemer, rutiner og prosedyrer for energiledelse.

Som første helseforetak i Helse Nord har foretaket vedtatt et energikonsept som skal gi retning for satsingen innenfor energiområdet. Målsetningene er å redusere energiforbruket med 20 prosent fram mot 2025 og Co2-utslippene med 40 prosent i samme periode. Foretaket er allerede på god vei til å nå målsetningen med de tiltakene som allerede er innført.

Fokus på hvordan vi i daglig drift jobber med å redusere energiforbruket vil prioriteres i 2023. Alle foretakets bygg er energimerket. I tillegg er det gjennomført prosess med tanke på å gjennomgå energikonseptene i de enkelte byggene. Tilstandsgraden er klarlagt og vi vet hvor vi må sette inn støtet for å nå målsetningen.

Dette arbeidet har gjort det mulig å lage egne handlingsplaner for hvordan de enkelte byggene skal forvaltes, driftes og utbedres for å redusere energiforbruket. Byggdrifterne i foretaket har gjennomført en rekke kursmoduler fra Grønn byggallianse. I tillegg er energikonseptet for de enkelte byggene presentert for byggdrifterne som også vil være sentral i gjennomføring av de enkelte tiltakene.

De andre foretakene i Helse Nord ønsker bidrag og bistand fra Finnmarkssykehuset HF når de skal gjennomføre tilsvarende prosesser for å bygge sine systemer på området.



Energigjenvinning hos Elkem Salten

Siden 2022 har helseregionene hatt en nasjonal avtale om innkjøp av elektrisk kraft fra energigjenvinning. Gjenvinningskraft er elkraft som blir produsert av energi fra norsk industri som ellers ville ha gått til spille.



– For å nå hovedmålet om å redusere direkte CO₂-utslipp fra sykehusdrift med 40 prosent er kjøp av gjenvinningskraft et vesentlig tiltak, forklarer **Hanna Lisa Borkamo**, miljørådgiver for Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset HF.



forts. energigjenvinning hos Elkem Salten

I november ble Helse Nord invitert på besøk til Elkem Salten. Verket er en av produsentene av gjenvinningskraft som brukes av spesialisthelsetjenesten.


Store investeringer

Byggingen av energigjennvinningsanlegget begynte i 2018 og er et samarbeid mellom Elkem og Kviteseid Energi. Det er investert én milliard kroner i det nye bygget. Enova har bidratt med 350 millioner kroner av finansieringen, det tredje største industritilskuddet gitt på daværende tidspunkt. Energigjennvinningsanlegget ble åpnet høsten 2021 av statsminister Jonas Gahr Støre.

Spesialisthelsetjenesten bruker gjenvunnet energi

På vegne av Helse Nord fikk Hanna Borkamo omvisning på anlegget av verksdirektør Ove Sør Dahl. Spesialisthelsetjenesten er verkets eneste kunde av gjenvunnet energi. I anledning ett år siden energigjennvinningsanlegget åpnet, ble Helse Nord invitert til intervju om energigjennvinningsanlegget.

Bedre utnyttelse av ressurser

« – Energigjenvinning og utnyttelse av spillvarme fra industri er viktige bidrag til sirkulære løsninger. Det er energieffektiviserende, reduserer klimagassutslipp og bidrar til bedre utnyttelse av ressurser, forteller **miljørådgiver Hanna Lisa Borkamo**.

Det nye energigjennvinningsanlegget gjenvinner rundt 30 prosent av den elektriske energien som brukes ved Elkem Salten. Det tilsvarer strømforbruket til om lag 15 000 norske husstander. I stedet for at energien går til spille har den blitt gjenvunnet og brukt i helseforetakene.

Foto 1 og 2: Joakim Fleischer



Gjenvinningskraft – hva er det?

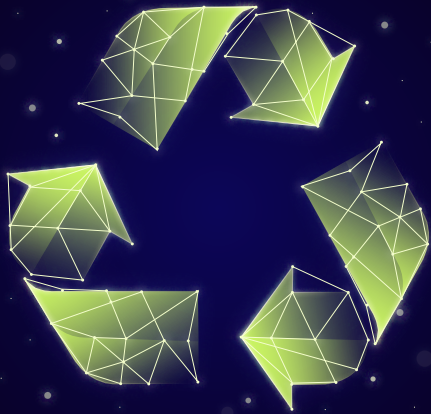
Gjenvinningskraft er strøm produsert av varmetap (utslipp til luft) i større industriforetak (typisk smelteverk) og søppelforbrenningsanlegg. Dette er energi som normalt ville gått tapt, hvis ikke energien hadde blitt ivaretatt av den enkelte bedrift ved hjelp av energigjenvinningsanlegg.

Gjenvinningskraft er et viktig miljøtiltak som myndighetene ønsker å belønne. Et eksempel er:

Elkem Salten som har tre store smelteovner som produserer silisium. Et råstoff som blant annet brukes i produksjon mobiltelefoner og aluminium i bilindustrien. Men det er en industriform som har store utslipp. Ombygde smelteovner vil bidra til å halvere utslippene av NOx.

Verksdirektør Ove Sør Dahl sier selskapet får mer effektive ovner og betydelig mindre utslipp av NOx etter at smelteovnene er bygget om. Det som tidligere gikk rett ut i lufta blir nå rensset. Røyken blir rensset, og energien fra røyken blir skilt ut og gjenvunnet. Resultatet er en reduksjon i utslippene av NOx med 1500 tonn. Eller for å illustrere det tydeligere: Det tilsvarer utslipp fra 500.000 dieslbiler, ifølge selskapet.

Kilde NRK Nordland.



Dersom det ikke blir produsert gjenvinningskraft på anleggene helseforetakene har avtale med, ville denne energien gått til spille. Dette vil bety at et allerede presset elmarked ville blitt enda mer presset. Produksjon av gjenvinningskraft er også med på å redusere behovet for å forsterke linjenettet i områda der gjenvinningsprodusentene holder til. Når det blir bygd anlegg for gjenvinningskraft blir det normalt også gjort andre tiltak knyttet til rensing av røygasser for produksjonen. For helseforetakene medfører det å være sluttbruker av gjenvinningskraft at vi kan redusere vårt klimaavtrykk knyttet til CO₂.

Siden utbygginger av slike energigjenvinningsanlegg medfører store investeringer for den enkelte bedrift har myndighetene tilrettelagt tilskuddsordninger som gjør det lønnsomt med slike investeringer.

I henhold til særavgiftsforordningen § 3-12-11 gis det dermed fritak for avgift på kraft som er produsert ved energigjenvinningsanlegg. Det vil si den elektriske kraften som produseres ved anlegget er fritatt for forbruksavgift.

For at produsenten av gjenvinningskraft skal få realisert avgiftsfritaket må produsenten inngå en avtale med en sluttbruker, jf. særavgiftsforordningen § 3-12-12. Det er så sluttbrukeren som oppnår avgiftsfritaket, og betaler produsenten for dette.

Produsenten av gjenvinningskraft er avhengig av jevn produksjon gjennom hele året. Helseforetakene har et stabilt forbruk av elkraft, har mange store forbrukspunkter, er sikre betalere og tilfredstiller kravet som sluttbruker i forordningen og er dermed en attraktiv avtalepartner for gjenvinningskraft.

forts. Gjenvinningskraft – hva er det?

Sluttbrukeren kjøper imidlertid ikke noe strøm fra produsenten av gjenvinningskraften. Kraften må kjøpes på ordinær måte på annet vis.

Avtalen mellom produsent av gjenvinningskraften og sluttbrukeren består i at produsenten fakturerer sluttbrukeren per kilowatt som produsenten kan dokumentere at den produserer og som sluttbrukeren kan dokumentere at man har forbrukt. I praksis betyr dette at helseforetakene faktureres med den til enhver tid gjeldene forbruksavgiften på elektrisk kraft minus en avtalt rabatt, som er fordelen helseforetaket oppnår.

Helseforetakene er ansvarlig for at de krav til sluttbruker og kraftforbruk som følger av forskrift om særavgifter § 3-12-11 oppfylles, og leverandøren er ansvarlig for oppfyllelsen av de krav til anlegget som følger av samme bestemmelse i forskriften.

Ved levering av strøm eller uttak til eget bruk av strøm er det pålagt avgift til staten. Avgiften har tre satser: 0 øre/kWh for deler av norsk industri, ca 0,5 øre/kWh for sluttbruker Nord-Troms og Finnmark samt energiproduksjonsanlegg og ca 15,5 øre/kWh for alle andre sluttbrukere. Det er lokal netteier som krever inn avgiften fra sluttbruker.

Insentivet til produsenten er å realisere et avgiftsfritak de ellers ikke ville fått. Sluttbrukeren oppnår en økonomisk gevinst i form av rabatten. Det er inngått flere nasjonale avtaler med produsenter av gjenvinningskraft. Kraften fordeles på alle helseforetak, med unntak av Finnmarksykehuset HF, relatert til mengde forbrukt elektrisk energi.

Sluttbrukeren/helseforetaket må imidlertid helt separat og på vanlig måte anskaffe den strøm man måtte ha behov for. Produsenten av gjenvinningskraft er ikke strømleverandør til helseforetakene. Produsenten leverer bare retten til avgiftsfritak. For helseforetakene utgjør denne gevinsten p.t. ca 0,5–0,7 øre/kWh lavere forbruksavgift for elektrisk kraft (2022).



Hvordan høste de høythengende fruktene?

Overskuddsvarme er enkelt å dra nytte av i vinterhalvåret. I sommerhalvåret, derimot, kan overskuddsvarmen generere et kostbart kjølebehov.

Et sykehus kan ha energiprosesser som er i drift hvert sekund gjennom hele året. En slik prosess på Sykehuset Østfold HF, Kalnes, avgir oksygen og overskuddsvarme kontinuerlig.

Sykehuset Østfold HF Kalnes har større trykkluftbehov enn det som er vanlig på et norsk sykehus. Det er derfor alltid en kraftig trykkluftkompressor i drift. Det største forbrukeren av trykkluft er fire nitrogen-generatorer som produserer oksygenfattig luft for passiv brannsikring i tekniske rom.

Overskuddsvarme er enkelt å dra nytte av i vinterhalvåret. I sommerhalvåret, derimot, kan overskuddsvarmen generere et kostbart kjøle-behov.

Kjølevannet fra trykkluftkompressorene har en temperatur som gjør at overskuddsvarmen kan benyttes til oppvarming i sentralvarmekretser. Perfekt for vinterhalvåret, men i sommerhalvåret krever det mer spesielle tiltak.

Varmt tappevann kunne vært en selvskreven mottager av overskuddsvarmen fra trykkluft-kompressorene i sommerhalvåret. En detaljstudie viser imidlertid at oppvarming og distribusjon av tappevann er en relativt komplisert prosess med store effekt-variasjoner gjennom døgnet.

Et overordnet ønske om en enkel prosess med stabilt effekt-behov gjennom hele døgnet i sommerhalvåret gjør at mottager av overskuddsvarmen er vannbåren gulvvarme i personal-garderobes. Dette gir en dobbel energigevinst fordi det kostbare kjølebehovet reduseres tilsvarende overskuddsvarmen som blir nyttiggjort garderobene.

Produksjon av nitrogen genererer et overskudd av oksygen. En gjenstående utfordring er å nyttiggjøre seg av overskuddsoksygen som nå slippes ut i friluft. Det burde ikke være nødvendig å dumpe overskuddsoksygen på et somatisk sykehus. Nyttiggjøring av denne ressursen er en høythengende frukt som bør kunne høstes på Sykehuset Østfold HF Kalnes i årene som kommer.

Sykehuset Østfold HF 11. jan. 2023

Jan Lervik

Høye miljøambisjoner for nye SNR

Om Sjukehuset Nordmøre og Romsdal

Prosjektet «Sjukehuset Nordmøre og Romsdal» (SNR) omfatter nytt felles akuttstusykehus for Nordmøre og Romsdal lokalisert på Hjelset i Molde kommune og et godt tilbud med poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi lokalisert til eksisterende sykehusbygg HF i Kristiansund kommune.

forts. Høye miljøambisjoner .for nye SNR

Da Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) ble planlagt ønsket Helse Møre og Romsdal HF en mest mulig miljøvennlig og fremtidsrettet energiløsning for nybygget på Hjelset. Resultatet blir en teknisk løsning med sjøvann til frikjøling, to separate varmpumper med naturlige kuldemedier og bioolje som tilsatsvarme.



– Energiforsyningsløsningen representerer et optimalisert konsept med svært lav primær-energiforbruk gjennom maks utnyttelse av fornybare energikilder, minimalt CO₂-fotavtrykk og kun bruk av naturlige, miljøvennlige kuldemedier som ikke har noen negativ effekt på det globale miljøet.

Heidi Nilsen viseadministrerende direktør og leder for prosjektstyret for SNR.



Heidi Nilsen, administrerende direktør og leder for prosjektstyret for SNR.

Foto: KristinStoylen

forts. Høye miljøambisjoner for nye SNR



Den foreslåtte energiløsningen ved SNR vil bestå av følgende energi/anleggsdeler:

- All klimakjøling skjer med frikjøling fra sjøvann eller fra varnepumpers lavtemperaturside
- Varmepumpe til romoppvarming og oppvarming av ventilasjonsluft med ammoniakk som kuldemedium. Teknologi som gir høyeste SCOP/energi-sparing ved oppvarming og kjøling
- Egen varmpumpe for tappevannsoppvarming med CO₂ som kuldemedium. Teknologi som gir høyeste SCOP/energisparring ved tappevannsoppvarming
- Biooljekjeler som tilsatsvarme- og reserveanlegg



– Løsningen gir oss et kostnadseffektivt bygg der effekt- og energibruken blir redusert samtidig som CO₂-utslippene blir minimalisert. Jeg følger byggeprosjektet på Hjelset tett og synes det er ekstra hyggelig at vi kan ta i bruk bærekraftige løsninger for fremtiden. Mange av de tekniske løsningene er alt på plass og vi ser fram til å åpne dørene til et topp moderne og framtidsretta sykehus våren 2025, sier Nilsen.



Sparetips

Enkle grep kan redusere utgifter – både på jobb og hjemme.

1. Sjekk, og senk innetemperaturen om mulig (komfortvarme 19–22 grader)



2. Vær bevisst på bruk av varmtvannet



3. Skru av lys i rom som ikke er i bruk



4. Luft kort og effektivt



5. Slå av PC, skjermer og TV-er som ikke er i bruk



6. Hindre varmetap gjennom vinduer – trekk for

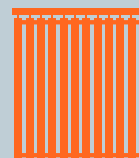




Foto: Aviant AS

Dronelevering av biologiske prøver mellom Røros og Trondheim

12 desember 2021 landet første drone utenfor Trondheim etter sin 120 km lange ferd fra Røros. Den var lastet med biologiske prøver og markerte første test av en luftbasert transportkanal mellom byene. Kanalen ble brukt til å drifte transporten av COVID-prøver mellom Røros og Trondheim gjennom romjulen 2021, da alternativ transport ikke gikk.

Gjennom 2022 ble den også brukt til å gjennomføre transport av blodprøver fra 40 pasienter, en i drone og en i bil fra hver pasient, for å sammenlikne hvordan luftdreven transport påvirker prøvene.

Utgangspunktet for prosjektet var å undersøke potensialet teknologien kunne ha sammenliknet med biltransport. Droner kan potensielt være raskere, konkurransedyktige på pris, ha 95 prosent mindre Co2-ekvivalente utslipp, og være tilgjengelig etter behov. Det er spesielt det sistnevnte som kan gi verdi for et distrikssykehus som Røros. En tilgjengelig drone bryr seg hverken om klokken er 05:00 eller om det er helg. Den vil være tilgjengelig til å utføre transporten når behovet oppstår. Dette gjør at våre pasienter både kan få svar og behandling raskere.

– Nå får vi raskt prøven for analyse til Trondheim. Med det kan vi også få raskt svar tilbake, noe som gjør at vi hurtigere kan få folk tilbake i jobb igjen. Dette er også miljøvennlig og passer perfekt i det grønne skiftet, sier avdelingssjef, Jan Gunnar Skogås ved Røros sykehus.



Foto: NRK

Prosjektet har resultert i store lærdommer om hvordan dronetransport kan brukes i helsesektoren. Dette inkluderer data på hvordan biologiske prøver blir påvirket av transport i luften, hvor raskt en drone realistisk kan fly over lange avstander, prisen en slik tjeneste vil ha og hvordan en slik tjeneste vil driftes med dagens teknologi. Det har også markert Norge som et av de første landene i verden til å teste autonom dronetransport av biologiske prøver over så lange avstander. Til slutt har prosjektet vist oss at både teknologien er moden og lovlig å bruke innen helsesektoren. Så nå er det opp til oss å se om det finnes gode bruksområder som gir merverdi for vår drift og pasienter.

Avdelingssjef Jan Gunnar Skogås

Innovasjonsprosjektet

«Hjemmebehandling med intravenøs antibiotika»



– Dette innovasjonsprosjektet innebærer at pasienter som mottar intravenøs antibiotika kan motta dette hjemmefra i stedet for å være innlagt i sykehus over lengre tid, forteller **prosjektleder Elisabeth Bergland Jensen**.

Viktig for pasientene

Med det pasientomfanget Nordlandssykehuset HF har i dag med pasienter med endokarditt (infeksjon på hjerteklaffene), kan det frigjøre sengeplasser tilsvarende 500 liggedøgn per år.

– Flere andre diagnoser som fordrer denne formen for oppfølging er også aktuelle, forteller hun.

Samhandling i praksis

Dette prosjektet medfører et tett samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjeneste på en måte som vil være fordelaktig for begge parter, og som i tillegg gir pasientene en langt bedre livskvalitet.

– Spesielt vil pasienter med lang reisevei til sykehus ved denne avstandsoppfølgingen oppleve behandlingen som et langt bedre alternativ, forteller Bergland Jensen.

– Prosjektgruppen er sammensatt av personer ansatt i Nordlandssykehuset HF i Bodø og Vesterålen, i tillegg er brukerrepresentant, Sykehusapotek Nord HF og representanter fra kommunehelsetjenesten i Bodø og Hadsel kommune representert. I tillegg deltar avdelingsleder for samhandlingsavdelingen Trude Kristensen for å sikre god forankring overfor Helsefelleskapet.

– Det overordnede målet for dette prosjektet er å sikre pasienter som trenger intravenøs antibiotika bedre livskvalitet og økt fleksibilitet. Dette innovasjonsprosjektet er særlig begrunnet i et ønske om å unngå uønsket variasjon i kvalitet og generelt forbedrede pasientforløp, sier Elisabeth Bergland Jensen.




Fra venstre:
avdelingsleder og prosjektleder
Elisabeth Bergland Jensen,
Henrik Hoven (LIS 2) og
fagsykepleier Louise Karlsen.

Barrierer for økning i videokonsultasjoner – Helse Vest RHF

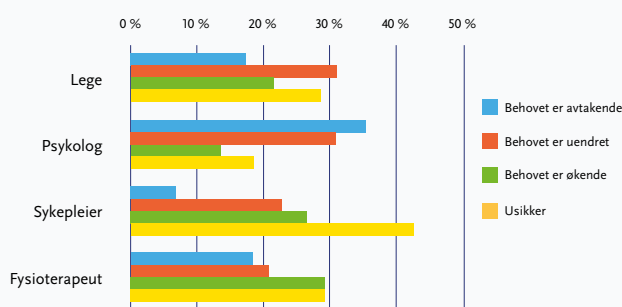
I Helse Vest ble det gjennomført en spørreundersøkelse om opplevde barrierer for videokonsultasjoner i ulike klinikker. Totalt fikk vi inn 2272 svar fra de fire helseforetakene i Helse Vest og Haraldsplass fordelt på følgende måte mellom yrkesgrupper: sykepleier 37 prosent, lege 31 prosent, psykolog 12 prosent, fysioterapeut 4 prosent, sosionom 3 prosent og annet 11 prosent.

Av de spurte hadde 41 prosent benyttet videokonsultasjon(er) i løpet av det siste året. Deltakerne ble spurt om å vurdere behovet for videokonsultasjon fremover. Flere er usikre, men langt de fleste tror behovet for videokonsultasjoner vil være uendret eller økende. De som har benyttet videokonsultasjon mest er også dem som tror behovet er økende, se tabeller under:

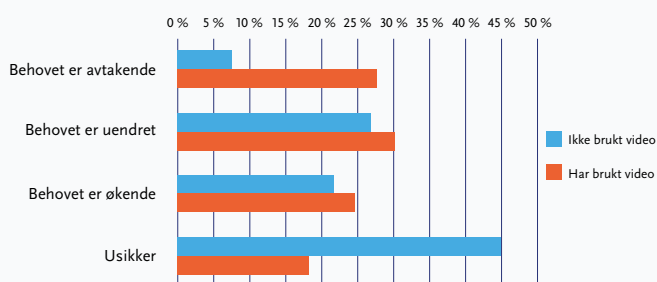
 Hvordan vurderer du behov for videokonsultasjon i din enhet fremover

Svar	Antall	Andel
Behovet er avtagende	338	15 %
Behovet er uendret	618	28 %
Behovet er økende	503	23 %
Usikker	749	34 %
Totalt antall svar: 2208 (98 %)		

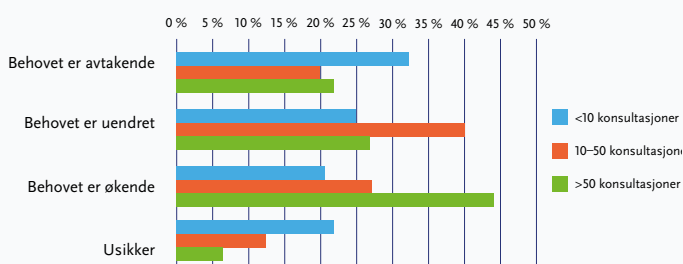
Vurdering av behov for videokonsultasjoner i egen enhet



Helse Vest: Vurdering av fremtidig behov for videokonsultasjoner vs eget bruk



Helse Vest: Vurdering av fremtidig behov for videokonsultasjoner vs angitt antall konsultasjoner i år hos videobrukere



Deltagerne fikk flere alternativ å velge mellom for å oppgi de tre største hindringene/barrierene for økt bruk av videokonsultasjoner. Manglende teknisk tilrettelegging, manglende kunnskaper om video løsningen og at video ikke er aktuelt for våre pasientgrupper ble oppgitt som de største hindringene.

Det skal nevnes at en ny versjon med bedre funksjonalitet for videokonsultasjoner ble innført i 2022, flere av respondentene hadde ikke erfaring med det nye verktøyet.

Det er et mål at de tekniske løsningene som blir benyttet skal være enkle, trygge og tilgjengelige for brukerne. Spørreundersøkelsen vil bli benyttet for å forbedre arbeidet med å øke bruk av videokonsultasjon sammen med andre satsinger som behovsstyrt poliklinikk.

Mikrofiberrengjøring av produksjonsrom og utstyr i Sykehusapotekene HF

Testing av nye rengjøringsprosedyrer førte til nye rutiner i alle sykehusapotek i produksjon i Helse Sør-Øst

Det stilles strenge krav til produksjon av sterile legemidler og kreftkurer. Produksjonen foregår i renrom med spesialutstyr (isolatorer) og med krav til blant annet mikrobiologisk testing og partikkel telling.

Rengjøring av produksjonsrom og utstyr har vært ressurskrevende og fysisk belastende for ansatte som har utført arbeidet. I tillegg til å bruke store mengder kjemikalier og etanol, har vasking, desinfisering og skylling av overflater vært tidkrevende.

Fagsjef produksjon forteller at det har vært stor interesse for å teste ut om rengjøring med mikrofiberkluter, sterilt vann og mindre mengder etanol kunne være et alternativ. Med bruk av mikrofiberkluter ville man vaske overflatene kun én gang, og mindre bruk av kjemikalier ville ha en økonomisk gevinst og en miljøgevinst.

Det ble derfor satt i gang testing av nye rengjøringsprosedyrer på to sykehusapotek. Personalet fikk teoretisk og praktisk opplæring. Testingen ble grundig dokumentert. Det ble blant annet tatt et stort antall mikrobiologiske prøver og gjort partikkel telling. Testingen viste at rengjøring etter de nye prosedyrene gir tilfredsstillende resultater.

De nye rengjøringsprosedyrene er nå tatt i bruk i alle sykehusapotek med produksjon i Helse Sør-Øst. De ansatte er svært fornøyde. Det brukes kortere tid på rengjøringen, rengjøringen er mindre belastende, og kjemikaliebruken har gått ned (30 prosent).





«Sjøppeltre» på operasjonsavdelingen

Ved avdeling for anestesi og operasjon på Drammen sykehus har de en praktisk tilnærming til å øke utsortering av avfall.

På avdelingen er det et utall ulike typer søppel i forskjellige kvaliteter og det er langt fra innlysende hva som skal sorteres hvor. En operasjonsstue produserer flere sekker søppel for hver pasient som behandles, og fram til nå har alt gått i samme sekk – til restavfall.

forts. «Søppeltre» på operasjonsavdelingen



– I første omgang samlet vi sammen en del av det vi var usikre på og fikk kartlagt dette. Så ble spørsmålet hvordan vi skulle nå ut til alle kaster søppel på en operasjonsstue, ca. 200 mennesker. Litt på fleip lagde jeg søppeltreet, og kalte det en installasjon, fordi den i neste omgang skulle sendes til Høstutstillingen, forteller **Marit Sutterud**, assisterende avdelingssykepleier.

Og resultatet – det ble svært så vellykket.

– Treet vekker oppsikt, det starter prat og diskusjon om søppelet, og det er nyttig, sier Sutterud.

Avdelingen har nå fokus på å sortere ut mykplast, hardplast og papir, foruten spesialavfall som de allerede sorterer ut.

– Prosjektet må være gjennomførbart; alle må forstå hva som skal kastes hvor og vi må ha plass til alle kildeboksene inne på stua, sier Sutterud som forteller at de også har internundervisning med egne «avfallseksperter» på avdelingen.



Forlenget brukstid på medisinsk teknisk utstyr (MTU) for behandlingshjelpemidler (BHM)

Tekst: Sigurd Finne. Foto: Jackie Katumbi Mwinzi Iversen

Helgelandssykehuset HF har i mange år gjennomført periodisk vedlikehold (PV) på utstyr som det er anbefalt fra leverandør, istedenfor å kjøpe nytt, noe som var praksis tidligere. Vi trenger ikke kjøpe nytt utstyr så ofte nå, så dette er både en kostnadsbesparelse og en gjenbruk/miljø gevinst.



Stian Justad, med.tekniker ved avdeling behandlingshjelpemidler synes det er bra å kunne gi utstyret forlenget brukstid.

Fra 2018 har vi økt andelen: forlenget brukstid/nykjøp. Dette har vi oppnådd ved å vedlikeholde utstyret og resirkulere det. Da kan det brukes igjen til samme eller ny pasient.

Vi benytter Airview, digital oppfølging av pasienter med CPAP. Her kan vi endre på innstillinger på pasientens CPAP som tidligere krevde at pasienten måtte komme inn til sykehuset for konsultasjon.

Når utstyr skal ut eller inn fra pasient bruker vi helseekspressen (egen helsebuss som kjører mellom sykehus lokasjonene våre på Helgeland). Dette har fungert veldig bra og gir også en miljøgevinst i forhold til transport.

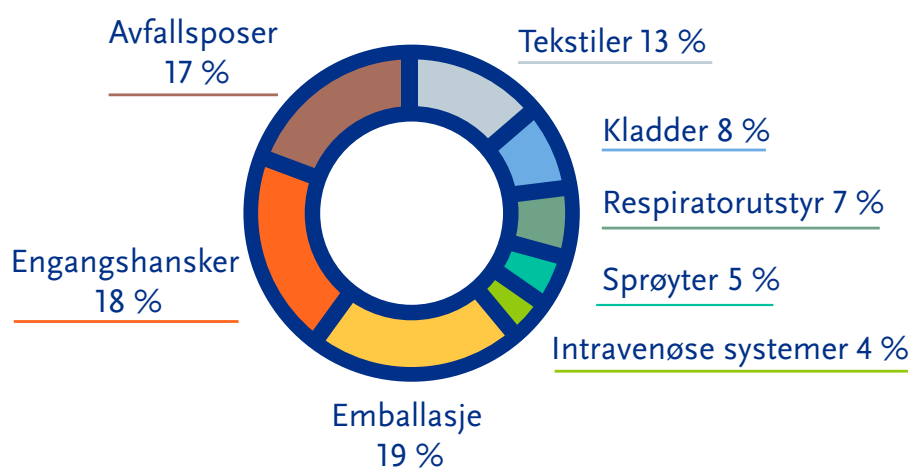
Plastsmart sykehus

I 2022 har Oslo universitetssykehus HF jobbet sammen med konsulentselskapet Mepex med et prosjekt kalt **Plastsmart Sykehus**.

Målet er å identifisere tiltak for å redusere plastbruken ved sykehuset og finne ut hvordan plastavfallet kan sluttbehandles på en mer miljøeffektiv måte. Prosjektet er finansiert av Handelens Miljøfond.

En viktig del av prosjektet har vært å kartlegge hva slags plast som brukes og kastes. For å få oversikt over hva slags plast som havner i restavfallet gjennomførte analytikere fra Mepex en avfallsanalyse av plasten i restavfallet fra tre avdelinger ved Ullevål sykehus: intensiv, operasjon og akuttmottak. 200 kg restavfall ble analysert. Det tilsvarer avfall samlet inn over ca. 36 timer.

Ca. 60 prosent av restavfallet var av plast. Skaleres vi dette opp vil det si at Oslo universitetssykehus HF kaster 2000 tonn plast som forbrennes sammen med restavfallet hvert år. Tallet er trolig enda høyere siden det også vil være mye plast i smitteavfallet.



Hva slags plast finner vi mest av?

Plastemballasje – myk og hard	19 %
Engangshansker	18 %
Avfallsposer	17 %
Plasttekstiler	13 %
Kladder	8 %

Prosentandel av plasten.

Ikke uventet var engangshansker det enkeltproduktet analyseteamet fant mest av. Avfallsposer var det også mye av, de tømmes ofte uten at de er fylt opp.

forts. plastsmart sykehus

Funnene i avfallsanalysen ble presentert på en workshop med både sykepleiere, renholdere transportører og administrative personer. Her ble det diskutert mulige tiltak for å redusere mengden plast som blir til avfall og forslag til hva kan gjøres for enkeltprodukter.

Eksempler på mulig plastreduksjon:

Ved å bytte ut engangs varmejakker med flergangsjakker som vaskes, kan plastforbruket reduseres med 12 tonn årlig.

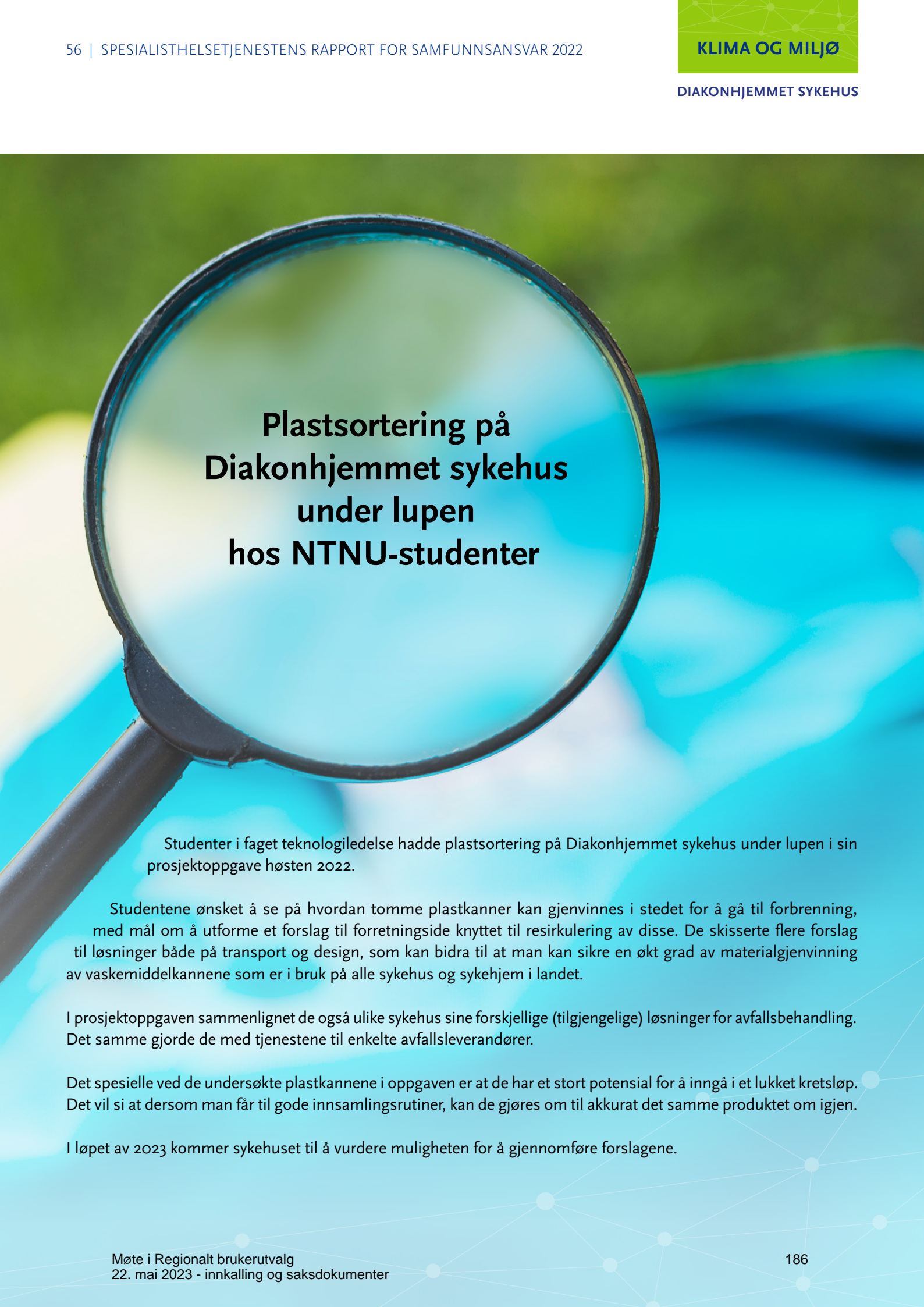


Kladder er et annet enkeltprodukt som genererer store mengder avfall. Et forslag som kom opp på workshopen var å tilby kladder i ulike størrelser tilpasset ulike prosedyrer. Ved å redusere materialbruken med 10 prosent kan plastforbruket reduseres med 16 tonn i året.

Fjerner man engangskopper i plast og papp reduseres plastbruken med 15 tonn i året.

Innsikten fra prosjektet samles i en tiltakspakke som beskriver hvordan Oslo universitetssykehus HF kan redusere mengden plastavfall til forbrenning. Ved å kutte ut unødvendige produkter, redusere forbruk og materialbruk, bytte ut engangsplass med flergangsalternativer, eller sortere ut mer plast.

Prosjektet avsluttes i 2023.



Plastsortering på Diakonhjemmet sykehus under lupen hos NTNU-studenter

Studenter i faget teknologiledelse hadde plastsortering på Diakonhjemmet sykehus under lupen i sin prosjektoppgave høsten 2022.

Studentene ønsket å se på hvordan tomme plastkanner kan gjenvinnes i stedet for å gå til forbrenning, med mål om å utforme et forslag til forretningside knyttet til resirkulering av disse. De skisserte flere forslag til løsninger både på transport og design, som kan bidra til at man kan sikre en økt grad av materialgjenvinning av vaskemiddelkannene som er i bruk på alle sykehus og sykehjem i landet.

I prosjektoppgaven sammenlignet de også ulike sykehus sine forskjellige (tilgjengelige) løsninger for avfallsbehandling. Det samme gjorde de med tjenestene til enkelte avfallsleverandører.

Det spesielle ved de undersøkte plastkannene i oppgaven er at de har et stort potensial for å inngå i et lukket kretsløp. Det vil si at dersom man får til gode innsamlingsrutiner, kan de gjøres om til akkurat det samme produktet om igjen.

I løpet av 2023 kommer sykehuset til å vurdere muligheten for å gjennomføre forslagene.

Kjøper og selger brukte klær i Helgelandssykehuset HF

Tekst og foto: Beate Nygård Johansson, kommunikasjonsrådgiver Helgelandssykehuset HF

Ideen er møtt med stort engasjement og stadig kommer folk innom med noe nytt

I en av fellesstuene på Helgelandssykehuset Mo i Rana, henger flere stativ med brukte og ubrukte klær som venter på en ny eier. Dit kommer ansatte med klær de ikke lenger behøver, og som er i så god stand at det kan tenkes at andre har lyst til å kjøpe dem for en billig penge.



–Jeg tror alle kan kjenne seg igjen i at man har for mye liggende som aldri blir brukt, men som er for fint til å kastes. Derfor tenkte jeg dette kunne være en fin måte å sørge for gjenbruk, samtidig som man gir folk mulighet til å handle fine klær for en rimelig penge, forteller **initiativtaker Mary Mediå**.

Ideen er møtt med stort engasjement og stadig kommer folk innom med nye klær de henger opp, eller som bare sjekker om det har kommet noe nytt.

Prosjektet som er basert på tillit, fungerer sånn at folk selv henger opp lapper på klærne med pris, dato, størrelse og vippsnummer.

Mary Mediå, helsefagarbeider på kirurgisk avdeling, er glad for den gode mottagelsen prøveprosjektet har fått.



Redusert tøysvinn sparer miljøet



Tøyautomat Bærum sykehus.

Redusert tøysvinn sparer miljøet

Som en del av kampen mot tøysvinn i Vestre Viken HF er det innført tøyautomater som et pilotprosjekt på Bærum sykehus.

Det er store variasjoner i mengde tøy som brukes i Vestre Viken HF og NorTekstil vil nå begynne å fakturere foretaket for tøysvinn.

På bakgrunn av dette er det startet et pilotprosjektet med tøyautomater på Bærum sykehus, målet er:

- Økt leveringssikkerhet
- Lavere kostnader
- Reduserte utslipp

NorTekstil sender ut svinnrapporter som viser hvor mye tøy som ikke kommer tilbake i omløp. Svinn defineres som plagg ute av omløp mer enn 9 måneder. Rapportene har så langt vist at cirka 30.000 plagg forsvinner hvert år.

Foretaket har lett tilgjengelig returordninger for tøy som er ødelagt, så i utgangspunktet skal det ikke oppstå noe svinn. Når vi spør avdelingssjef for Renhold og tekstil i Vestre Viken HF, Kjersti Lohne Enersen, om hvor tøyet blir av, sier hun at en stor del av svinnen skyldes at personaltøy blir liggende rundt på kontorer, i skap og noe blir kastet som restavfall. Det hender også at noe blir benyttet til helt andre ting, f.eks. dørstoppere.

Ut ifra felles nasjonale klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten skal Vestre Viken HF redusere direkte utslipp med 40 prosent fra 2019 til 2030, noe som tilsvarer ca. 10.000 tonn CO₂e.

En ny helsevesen-uniform (topp og bunn) har et utslipp på ca. 8,5 kg CO₂e¹⁾. Med ca. 30.000 plagg i svinn hvert år, utgjør dette et utslipp på tilnærmet 125 tonn CO₂e pr. år. Fortsetter vi å ha dette svinn-nivået videre, vil det fra 2022–2030 utgjøre 1.000 tonn CO₂e, og det **tilsvarer 10 prosent av den reduksjonen som Vestre Viken skal oppnå innen 2030.**

Svinnen har også en økonomisk side, det vil kunne koste Vestre Viken HF opp imot 3 millioner kroner i året, og for 2022–2030 utgjør dette ca. 24 millioner kroner.

Tekstiler på avveie er ikke bra for hverken miljø, hygiene eller økonomi.



1) Ref: <https://www.touchpoint.fi/news/we-calculated-the-carbon-footprint-of-our-healthcare-uniform-from-raw-materials-until-the-delivery-to-the-customer>

Miljøseier i KOFA

Sykehusinnkjøp HF ble i 2022 klaget inn til Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA) fordi foretaket vektet miljøkriterier høyt i en anskaffelse. KOFA slo fast at foretaket ikke brøt anskaffelsesregelverket.

Våren 2021 gjennomførte Sykehusinnkjøp HF en regional anskaffelse av en stor rammeavtale for operasjonsprodukter til helseforetakene i Helse Sør-Øst, hvor miljøkriterier ble vektet høyt i deler av anskaffelsen. En av tilbyderne mente vektingen av miljøkriteriene for de to delleransene var uforholdsmessig konkurransevridende, og dermed i strid med strid med forskriften § 18-1 og de grunnleggende prinsippene i anskaffelsesloven § 4. Derfor valgte de å klage inn saken til Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA). KOFA behandlet klagen, og kom med sin avgjørelse 25. mai 2022. Der førte ingen av klagers anførsler frem.

Miljø vektet 40 prosent

I planleggingsfasen av anskaffelsen ble prosjektgruppen oppmerksom på at en av produsentene hadde introdusert et nytt materiale for dekkestykker.



– Kort fortalt dreier det seg om å bytte ut en betydelig andel av syntetisk materiale med biobasert materiale, i dette tilfellet furuolje, forklarer leder for anskaffelsen, **Henrik Areskjold i divisjon sør-øst**.

– Oppdeckingsprodukter utgjør en vesentlig del av anskaffelsen i volum, derfor var det naturlig å undersøke om denne teknologien kunne gis uttelling i form av miljøkrav i konkurransen. Prosjektet endte opp med å vekte miljø for disse produktene med totalt 40 prosent, med hovedvekt på evaluering av biobasert materiale, forklarer han videre.

Dette reduserer produktenes CO₂-ekvivalenter med minimum 21 prosent, eller tilsvarende over 311 000 kilometer med bensinbil, bare for det ene produktet.

Offentlige innkjøpere viktig som pådrivere

Sykehusinnkjøp HF er blant landets største offentlige innkjøpere. I det ligger det et særlig ansvar, og kravene vi stiller har stor betydning for å bevege markedet i mer miljø- og klimavennlig retning.



– Denne anskaffelsen er et godt eksempel på hvordan vi kan gi de leverandørene som går foran i utviklingen, uttelling for sitt pionerarbeid, samtidig som vi utfører oppdraget vårt og bidrar til Norges klimamål, **Maiken Pollestad Sele, spesialrådgiver miljø og klima**.

– Når noe er nytt vil det ofte koste litt mer i kroner, men mindre i miljøkonsekvenser. Den valgte leverandør ligger omtrent 15 prosent over tilbudet fra utgående leverandør. Vi oppfyller imidlertid det eierne våre forventer ved å inngå en avtale som dette, blant annet fordi vi har fått i oppdrag å innlemme besparelser for miljø og klima på linje med kostnadsbesparelser. Høyere materialkostnader tas dermed høyde for gjennom å vise miljøgevinster, legger hun til.

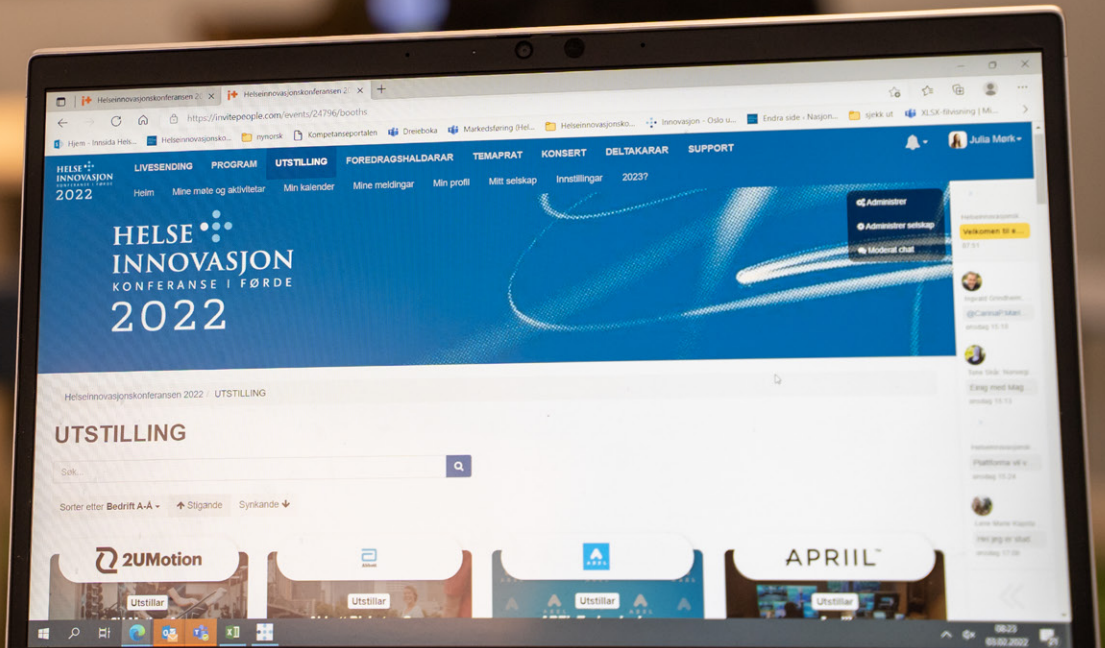


KOFA
Klagenemnda for offentlige anskaffelser



SAMFUNNSANSVAR





Helse Førde HF har sidan 2019 arrangert ein årleg konferanse for helseinnovasjon

Dette er ein tverrfagleg møteplass for helsesektor, næringsliv, academia, verkemiddelapparatet og kapitalmiljø. Det langsiktige målet er fleire samarbeid i forskning- og innovasjonsprosjekt, for å skape og implementere nye berekraftige løysingar i spesialist- og kommunehelsetenester.

For helsesektoren ligg det eit stort potensial i å lære av og samarbeide med andre. I utvikling av framtidens helsetenester er kunnskapsoverføring frå andre næringar svært viktige. Digitalisering og e-helse er ein særleg vesentleg del av ei berekraftig utvikling i helsetenestene. Velferdsteknologi, automatisering, robotikk og anna bruk av digitale verktøy vil vere noko vi kjem til å bruke meir av i framtida. Her kan helsesektoren hente kunnskap frå andre bransjar. Helseinnovasjonskonferansen er ein møteplass for fleire sektorar, slik at fagfolk kan utveksle kunnskap og lære meir om og frå kvarandre. Ved at helsesektoren opnar opp for meir offentleg-privat samarbeid, kan spesialist- og kommunehelsetenesta bidra til verdiskaping i næringslivet, og samtidig utvikle og løyse sitt eige samfunnsoppdrag. For at bedrifter på si side skal kunne levere løysingar til helsesektoren, er det sentralt med god innsikt i sektoren sine utfordringar og rammeverk.

Å arrangere ein slik konferanse frå Førde og Vestland er viktig også for regionen. Som ein stor arbeidsgjevar i regionen ønskjer vi å vere ein pådrivar i å byggje opp under lokalt næringsliv og næringsutvikling. Helse Førde HF med samarbeidspartnarar ønskjer å vere i førarsetet på å levere gode tenester i distrikta. Noreg er eit land med lange avstandar, som treng gode løysingar slik at fleire skal kunne bli behandla der dei bur. I tillegg har vi ein raskt veksande, eldre befolkning. Slike utfordringar krev nytenking og samarbeid på tvers av sektorar.

Helseinnovasjonskonferansen har kvart år fått høge deltakartal samt positiv merksemd både lokalt og nasjonalt. Konferansen tiltrekkjer seg jamt med deltakarar frå både offentleg og privat sektor.



Bedre løsninger for sikring av bygg og infrastruktur

Helseforetakene/sykehusene er en utsatt sektor med hensyn til vold og trusler mot ansatte. Dette er også et internasjonalt problem, som beskrives som økende. Sammen med RHF-ene har Sykehusbygg HF utarbeidet en *Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter*. Veilederen er et verktøy for å dimensjonere fysiske sikringstiltak og inneholder også en standard for grunnsikring.

Veilederen beskriver hva som anbefales gjennomført i prosjektets faser. Hovedgrepet er å begynne sikersarbeidet i tidlig.

Ambisjonen er at denne veilederen skal benyttes i alle sykehusprosjekter, og ved sikkerhetsoppgradering i eksisterende bygg og anlegg.

Veileder for sikring er et hjelpemiddel for å planlegge, prosjektere og bygge inn sikkerhet mot fysiske trusler i bygg og infrastruktur. Den skal bidra til at bygningsmessig utforming og sikringstiltak gir trygghet for at faresituasjoner kan håndteres på en god måte. Dette gjelder først og fremst de «daglige truslene». Samtidig kan det ikke utelukkes at alvorlige sabotasje- og terrorhandlinger vil kunne ramme norske sykehus i framtiden.

Veilederen skal også sikre at lovpålagte og vesentlige sikkerhetsaspekter ivaretas på en systematisk måte. Målet er at den skal bidra til å standardisere arbeidsprosesser, krav og løsninger, som skal gi mer sikkerhet for pengene!

Veileder for sikring kan leses i sin helhet på Sykehusbygg HF's hjemmeside.

26.januar 2023

Jens Eirik Ramstad

sjef kvalitet, sikkerhet og samfunnsansvar

Nytt samarbeid om menneskerettigheter i milliardkontrakter

Oslo kommune, DFØ v/Statens innkjøpscenter og Sykehusinnkjøp HF har inngått ein samarbeidsavtale om ivaretaking av menneske- og arbeidstakerrettar i anskaffelser av blant anna IKT-utstyr.

Offentlig innkjøparar har ansvar for å sikre at ILOs kjernekonvensjoner og at grunnleggande menneskerettigheter blir respektert i heile leverandørkjeda. Det er risiko for brot på menneske- og arbeidstakerrettar i globale leverandørkjeder, herunder tvangsarbeid, barnarbeid, mangel på fagforeiningsfridom og diskriminering.

Det offentlege går i front

Oslo kommune, Sykehusinnkjøp HF og DFØ skal saman arbeide vidare med denne komplekse oppgåva. Samarbeidsavtalen som blei signert 10. mars har som føremål å styrke kompetanse, effektivisere ressursbruk og gjere samarbeidspartane bedre rusta i dette kontinuerlege arbeidet.

– I Sykehusinnkjøp HF har arbeidet med samfunnsansvar høg prioritet. Gjennom fleire år har vi følgt opp leverandørkjeder i risikoland innan fleire ulike kategoriar. Gjennom dette arbeidet har vi fått kjennskap til at det er stor risiko, både rundt arbeidsforhold og miljø. Derfor ser vi fram til eit godt samarbeid med Oslo kommune og DFØ for å få enda meir kraft i dette arbeidet, seier administrerande direktør Bente Hayes i Sykehusinnkjøp HF.



PARTNERSKAP. God stemning i signeringsmøte f.v.: Divisjonsdirektør Dag Strømsnes i DFØ, administrerende direktør Bente Hayes i Sykehusinnkjøp HF og avdelingsdirektør Gunnar Wedde i Innkjøpstjenester i Oslo kommune.

Foto: Svein Jørgen Kjenner Johansen



f.v Stine Foss, Oslo kommune, Merete Sunde, Sykehusinnkjøp HF, Alexandra Wigglesworth, DFØ.

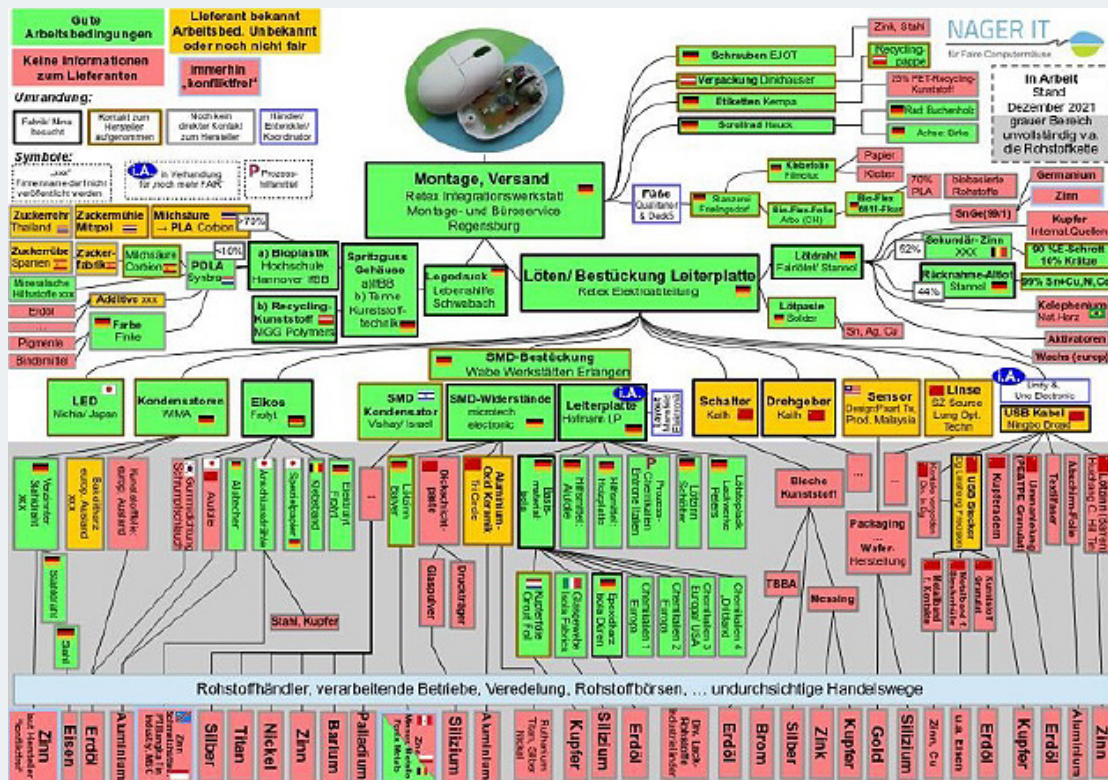
Foto: Svein Jørgen Kjenner Johansen

forts. Nytt samarbeid om menneskerettigheter i milliardkontrakter

Menneskerettar og anstendig arbeid i produksjon av IKT-utstyr

Gjennom samarbeidet blei det for tredje gong arrangert felles dialog med IKT leverandører 27. oktober. Tema var: Korleis identifiserer leverandørane risiko, og kva risiko blir prioritert?

Sentralt i openheitslova, som blei satt i verk 1. juli 2022, er å kunne identifisere og prioritere risikoar i leverandørkjeder. Leverandørkjedane i IKT-industrien er svært komplekse, lange og uoversiktlege. Ei enkel lita datamus kan ha hundre komponentar og dertil ein skog av underleverandører. Korleis kan ein sikre at komponentar og råvarer blir produsert under anstendige arbeidsforhold?



Eksempel på leverandørkjede til datamus.

forts. Nytt samarbeid om menneskerettigheter i milliardkontrakter

Aktsomhetsvurderingar

OECD råder å bruke aktsomhetsvurderingar som metode for å styrke sosialt ansvar i leverandørkjeda. Som oppdrags-givar, ønsker vi bedre innsikt i kva dei største risikoane for brudd på menneske- og arbeidstakarrettar i produksjon av IKT-utstyr er, og korleis leverandørar vurderer og prioriterer.

Atea og Faiphone fortalte om sitt arbeid bakover i leverandørkjeda. Gründeren av Fairphone, Bas van Abel, fortalte om deira arbeid for å sikre gode arbeidsforhold og ivaretaking av arbeids- og menneskerettar i produksjonen av Fairphone.

Fairphone er kjent for å vere mobiltelefonen som er «etisk produsert» og kunden kan sjølv enkelt skifte ut slitne eller øydelagte delar som batteri, skjerm osv: «If you can't open it, you don't own it» er Fairphone sitt ordspråk.

Det er godt kjent at utvinning av metaller og minerala inneber høg risiko for bort på menneskerettar. For å sikre å bruke materiala som er anstendig utvunne, så blir det det blant anna brukt 3. parts sertifisering av råvarer, som Fairtrade Gold og dei har vore med på etablere Fair Cobolt Alliance.



For å sikre etisk- og miljømessig forsvarleg produksjon, jobbar Faiphone aktivt med:

- Rettferdige materialar
- Rettferdige fabrikkar
- Design for lang levetid
- Ombruk og resyklering

Med sine 400 000 selde mobilar, er Fairphone ein liten verdsaktør, men dei er likevel klart å ha stor, positiv påverknad og tenker, og inspirert oss til å tenke, som Dalai Lama:



*If you think you're too small to have a impact,
try going to bed whit a mosquito in the room.*

Dalai Lama

Pia Trulsen fortalte om korleis Sykehusinnkjøp HF har følgd opp leverandørar av hanskar i Malaysia. Eit heilt anna produktområdet, men med stor overføringsverdi i forhold til oppfølging i andre bransjar.

I verdssamanheng er Noreg, Sykehusinnkjøp HF og kvar enkelt ein liten mygg, men alle kan ha stor påverking ved å stille dei rette spørsmåla og krava.



Sykehusinnkjøp HF rigger seg for Åpenhetsloven

Fra 1. juli 2022 gjelder den nye loven om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold som forkortes «Åpenhetsloven».

Alle helseforetak og de felleseide foretakene er omfattet av loven. Sykehusinnkjøp HF har lagt om en del rutiner for å kunne imøtekomme loven og for å kunne være behjelpelig med at helseforetakene kan imøtekomme loven.

Loven skal fremme virksomheters respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i forbindelse med produksjon av varer og levering av tjenester. Den skal også sikre allmennheten tilgang til informasjon om hvordan virksomheter håndterer negative konsekvenser for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold¹⁾.

Det viktigste arbeidet for å ivareta Åpenhetsloven er å utføre aktsomhetsvurderinger for å se på hvor det er risiko for brudd på menneskerettigheter i kjeden og hvordan man bør prioritere. Sykehusinnkjøp HF gjør ca. 1000 anskaffelser i året og det er helt nødvendig med en prioritering av risiko for å kunne gjøre et godt arbeid med varetakelse av arbeidstaker- og menneskerettigheter.

1) Åpenhetsloven (Lovdata) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-99>

forts. Sykehusinnkjøp HF rigger seg for Åpenhetsloven

Sykehusinnkjøp HF gjør overordnede aktsomhetsvurderinger for deretter å prioritere hvilke anskaffelser det må settes ekstra strenge krav i- og som bør følges opp gjennom avtaleforvaltningen i etterkant. Som utgangspunkt for risikovurderinger er det særlig vektlagt hvilke land varer er produsert i. Sykehusinnkjøp HF har i flere år bedt leverandører innen noen kategorier legge inn produksjonsland for sine produkter, dette blir nå særskilt prioritert og i løpet av året vil man be om dette i alle kategorier. Et eksempel på en anskaffelse som vil bli prioritert for særlig høye krav og oppfølging, er typisk hvor produktene er produsert i lavkostland med høy risiko for brudd på arbeidstaker- og menneskerettigheter og hvor produktene er produsert med mer menneskekraft enn maskiner.

Sykehusinnkjøp HF deltar i nasjonale- og regionale nettverk for å imøtekomme helseforetakenes behov for informasjon og erfaringsutveksling innen dette temaet. Ansvaret for arbeidet med aktsomhetsvurderinger og informasjonsarbeid knyttet til den nye loven er gitt til spesialrådgiver Pia Trulsen som deltar i disse nettverkene og også er godt i gang med å informere på Sykehusinnkjøp HFs nettsider om hvordan helseforetaket jobber.



Rundebord om antikorrupsjon i spesialisthelsetjenesten

Den 29. august 2022 møttes de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene, administrerende direktør og styreleder i Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF i et rundebord for å diskutere korrupsjonsrisiko i spesialisthelsetjenesten. Grete Teigset Solli, avdelingsleder for samfunnsansvar i Sykehusinnkjøp HF, og Gro Skaaren-Fystro fra Transparency International Norway, var fasilitatorer for rundebordet.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF, Stig A. Slørdahl, uttalte i forkant av rundebordet at som leder i en stor statlig virksomhet følger et stort ansvar for å forvalte offentlige ressurser på en best mulig måte. Slørdahl sa videre at befolkningens tillit til helsetjenesten er en viktig faktor for å lykkes med å løse våre hovedoppgaver. «Vi må være oppmerksomme på at vi som ledere kan komme i situasjoner hvor vi har mulighet til å misbruke tillit, posisjon og makt og som ledere må vi derfor erkjenne korrupsjonsrisikoen for å iverksette forebyggende tiltak» kommenterte Slørdahl og understreket at han og hans lederkolleger må være bevisste på at korrupsjon ikke alltid handler om penger, men at det også kan være andre såkalte «utilbørlige fordeler» som utgjør den største trusselen.

De fire administrerende direktørene ønsket å invitere sine kolleger i Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF for å sitte sammen i en rundebordskonferanse med hensikt å utvikle en felles forståelse av korrupsjonsrisiko i spesialisthelsetjenesten. I rundebordet identifiserte de områder hvor spesialisthelsetjenesten har risiko for korrupsjon, og diskuterte mulige felles tiltak. Områdene habilitet i anskaffelser, korrupsjon og smøring og forskningsjuks ble identifisert som områder det prioriteres å jobbe videre med.

De administrerende direktørene ønsker nasjonalt samarbeid på området og har pekt på ressurspersoner i de fire regionale helseforetakene som skal samarbeide om å følge opp arbeidet med antikorrupsjon. De fire administrerende direktørene ba også om at antikorrupsjon skulle settes på agendaen på den nasjonale direktør-samlingen høsten 2022, noe som ble godt mottatt av deltakerne på samlingen på Gardermoen i november.



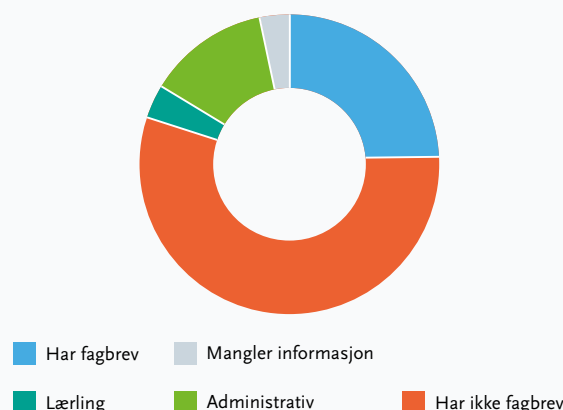
Status – forebygging av Akrim og sosial dumping på byggeplass

Helseforetakene/sykehusene har for tiden mange og store byggeprosjekter, fra Hammerfest i nord til Kristiansand i sør. Sykehusbygg HF har innført et system for å forebygge Akrim og sosial dumping på byggeplassene. Vi er stolt over å ha et tett samarbeid med Skatteetaten. Sammen med «Skatt» foretar vi en inntakskontroll av alle nye virksomheter som skal inn på byggeplass og en månedlig kontroll av entreprenørene underveis i byggeriet. Det gjør det vesentlig vanskeligere for useriøse aktører å få fotfeste i sykehusprosjektene.

De største utbyggingsprosjektene har engasjert en anleggskoordinator fra LO for å styrke byggherres oppfølging av HMS og seriøsitet. LO anleggskoordinator har en viktig rolle i dialogen med arbeidstakerne ute på byggeplassen og avdekker forhold som byggherre undersøker nærmere. Prosjektene bruker IT-verktøyet HMSReg. Det gir oss til enhver tid en oppdatert oversikt over hvilke virksomheter og personer som er på byggeplass og om det er avdekket uregelmessigheter eller avvik.

Tilstede i dag (unike kort)	
Mannskap totalt	1046
Har fagbrev	254
Lærling	40
Administrativ	137
Mannskap uten fagbrev	580
Mannskap fra bemanningsforetak	121
Mannskap uten gyldig HMS-kort	27

Kompetanseoversikt i dag



Byggherres oppfølging av seriøsitet med IT-verktøyet HMSReg

Seriøsitetsoppfølging i byggeprosjekter er utfordrende, både for entreprenører og byggherre. Byggeprosjektene har en seriøsitetskoordinator som bistår ledelsen i oppfølgingen. I 2022 er det gjennom overvåking og kontroller avdekket flere brudd på lover, forskrifter og kontraktskrav:

- Det er avdekket en sak om lønnsstyveri hos en underentreprenør, hvor vi i samarbeid med kontraktspart klarte å rette opp i forholdet, samt utestenge aktuell virksomhet. Arbeidstakerne på byggeprosjektet som ble fanget i denne situasjonen ble godt ivaretatt og har blitt ansatt hos en annen entreprenør.
- Vi har oppdaget flere brudd på seriøsitetsbestemmelsene, slik som ugunstige arbeidskontrakter og manglende etterlevelse av betalingsforpliktelser til. Noen av sakene skyldes mangel på kunnskap hos virksomheten. Felles for dem er at de i all hovedsak blir rettet opp.

Alle disse forholdene viser at det er viktig at byggherre systematisk følger opp.



Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2022



HELSE  **NORD**

Helse Nord RHF
Moloveien 16
8003 Bodø
tlf 75 51 29 00

HELSE  **MIDT-NORGE**

Helse Midt-Norge RHF
Wessels veg 75
7502 Stjørdal
tlf 74 83 99 00

HELSE  **SØR-ØST**

Helse Sør-Øst RHF
Parkgata 36
2317 Hamar
tlf 62 58 55 00

HELSE  **VEST**

Helse Vest RHF
Nådlandskroken 11
4034 Stavanger
tlf 51 96 38 00

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Tonje E. Hansen/Cecilie Henriksen

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 46-2023/7

Varselutvalgets rapport – Fra Varsel til læring og forbedring

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte i april 2022 et utvalg for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. Utvalget la frem sin rapport i april 2023. Etter forespørsel fra RBU-medlemmer, gir Helse Nord RHF en kort, muntlig orientering om innholdet i rapporten. Lenke til rapporten i sin helhet vedlegges saken.

Utrykt vedlegg:

[Varselutvalgets rapport - Fra varsel til læring og forbedring:
https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/varselutvalget-
leverte-sin-rapport/id2971079/](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/varselutvalget-leverte-sin-rapport/id2971079/)

Møtedato: 22. mai 2023

Vår ref.:
2023/94-8Saksbehandler:
Tina EitranDato:
11.5.2023**RBUSAK 46-2023/8****Styremøter i Helse Nord RHF –
informasjon om planlagte styresaker**

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **31. mai 2023 i Bodø**:

STYRESAK	ansv.
Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord, mandat, områder for utredning og involvering av kommunene, oppfølging av styresak 29-2023	MLI
Innovasjon i Helse Nord – årsrapport 2022	TKN
ForBedring 2022 Helse Nord - informasjon om resultater og ev. funn	AME
Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte - oppdatering	EAH
Virksomhetsrapport nr. 4-2023	EAH
Økonomisk situasjon i Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF, oppfølging av sak 38-2023	EAH
Helikopterlandingsplass Kirkenes sykehus, oppfølging av styresak 166-2022	HIR/LAM
Salg eiendom, Finnmarkssykehuset Hammerfest	HIR/LAM
IKT-kostnader 2017-2023 – historikk og prognose, oppfølging av sak 181-2022	HIR
Ledelsens gjennomgang 2022	HIR
Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2022 – regionale data, oppfølging av styresak 54-2021	JTF/TKN
Årsplan 2024 – styret i Helse Nord RHF	TE
Valg av HF-styrer – styrets underutvalg	TE
Revisjonsutvalget, oppnevning av representant	TE/JHA

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt onsdag 24. mai 2023

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **22. juni 2023 i Bodø**:

STYRESAK	ansv.
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 05/2023, Gjennomføring av omstillingstiltak i sykehusforetakene, oppfølging av sak 28-2023	HIR
Smittevernplan	JTF
IKT-styring – Roller og ansvar	HIR
Arkitekturstyring – prinsipper, oppfølging av sak 32-2021	HIR
Helhetlig informasjonssikkerhet - tertialrapportering	HiR
Byggeprosjekter i Helse Nord, tertialrapportering	HiR
Virksomhetsrapport nr. 5-2023	EAH

Forskning og innovasjon til pasientens beste – nasjonal rapport (felles styresak)	JTF/TKN
Tertialrapport nr. 1-2023	HIR
Virksomhetsplan nr. 5-2023	EAH
Felleseide HF – tertialrapport nr 1	HIR
Økonomisk langtidsplan 2024-2028 - Investeringsplan 2024-2028	EAH

b) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt onsdag 15. juni 2023

Møtedato: 22. mai 2023

Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Synøve Kalstad/Cecilie Henriksen

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 46-2023/9

Bekymringsmelding fra PEF Nordland vedrørende hudlegetilbudet i Nordland – tilbakemelding fra Helse Nord RHF

Helse Nord RHF har mottatt en bekymringsmelding fra Psoriasis- og eksemforbundet i Nordland (PEF Nordland) vedrørende hudlegetilbudet i Nordland. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF er også satt som mottaker av denne henvendelsen.

Vedlagt er informasjon om henvendelsen fra PEF Nordland, samt tilbakemelding fra Helse Nord RHF i saken til orientering.

Vedlegg:

1. Bekymringsmelding fra PEF Nordland vedrørende hudlegetilbudet i Nordland
2. Bekymringsmelding fra PEF Nordland – tilbakemelding fra Helse Nord RHF

Til

Helse Nord,
Styret i Helse Nord
Brukerutvalget Helse Nord

Fra

PEF Nordland (Psoriasis- og eksemforbundet Nordland)

Bekymringsmelding fra årsmøtet i PEF Nordland. Bodø 25.3.2023

Årsmøtet i PEF Nordland registrerer at ventelistene for konsultasjon hos hudleger blir stadig lengre. Dette er en utvikling som har pågått i mange år. Som pasientorganisasjon ser vi med stor uro og sterk bekymring på dette.

PEF-Nordland henstiller til Helse Nord om å ta de nødvendige grep for å stoppe og reversere denne utviklingen.

PEF-Nordland vil ikke i detalj gå inn på *hva* som må gjøres i denne forbindelse, men utdanning av nye hudspesialister kan være ett av flere mulige tiltak i denne prosessen.

PEF Nordland ber om at denne saken settes på sakskartet til neste styremøte i Helse Nord, og ser frem til svar på denne bekymringsmeldingen.

For årsmøtet/styret i PEF Nordland
Jan Martin Pettersen
sekretær

PEF Nordland

Deres ref:

Vår ref:

2022/294-5/350

Saksbehandler

Synøve Kalstad/

Dato:

Bodø, 03.05.2023

Bekymringsmelding fra PEF Nordland vedrørende hudlegetilbudet i Nordland

Vi takker for henvendelsene fra sekretær og leder av PEF Nordland og besvarer begge i felles brev.

Alle overlegestillinger i regionen har vært besatt over tid og det har vært god rekruttering til utdanningsstillinger i UNN.

Det er tre 100% avtalehjemler for hudlege i Nordland og alle har stor aktivitet.

Når det gjelder andel med passert planlagt tid er hudfaget ikke blant de ti med størst andel og for Nordlandssykehuset sin del er det 1.9% som 30.4.2023 har passert planlagt tid

Lysbehandling gis desentralisert og statistikk viser at vi gir mest lysbehandling i landet.

Vennlig hilsen

Synøve Kalstad
medisinsk rådgiver

Kopi til:
Tina Mari Eitran
Cecilie Henriksen

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen/Tina Eitran

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 46-2023/10

Henvendelse fra brukerutvalget UNN HF – redegjørelse for konsekvenser ved bortfall av fritt behandlingsvalg for pasienter innenfor rehabiliteringsfeltet

Helse Nord RHF og Regionalt brukerutvalg har mottatt en henvendelse fra brukerutvalget ved UNN HF, med ønske om redegjørelse for konsekvenser ved bortfall av fritt behandlingsvalg. Dette gjelder særlig innenfor rehabilitering generelt.

Henvendelsen kommer på bakgrunn av en henvendelse fra Røysumtunet til brukerutvalget ved UNN HF. Helse Nord RHF gir en muntlig orientering om behandling av saken.

Vedlegg: Henvendelse fra brukerutvalget ved UNN HF – konsekvenser ved bortfall av fritt behandlingsvalg for pasienter innenfor rehabiliteringsfeltet



HELSE NORD RHF
Regionalt brukerutvalg
Postboks 1445
8038 BODØ

Deres ref:

Vår ref:
2023/2926-8

Saksbehandler:
Hilde Anne Johannessen

Dato:
13.04.2023

Konsekvenser for bortfall av fritt behandlingsvalg for pasienter innenfor rehabiliteringsfeltet

Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har mottatt en henvendelse fra Røysumtunet (se vedlegg) vedrørende rehabiliteringstilbudet for de syke epilepsipasientene fra Helse Nord. Brukerutvalget behandlet henvendelsen i sitt møte 22.03.2023, sak 24/23, med følgende vedtak:

«Brukerutvalget viser til henvendelse fra Røysumtunet: *Rehabilitering av epilepsipasienter*. Brukerutvalget ber Helse Nord RHF gjøre rede for konsekvensene av bortfall av fritt behandlingsvalg. Dette gjelder spesielt innenfor rehabilitering generelt».

Brukerutvalget videresender derfor denne saken til Regionalt brukerutvalg, og ber Regionalt brukerutvalg om å ta saken videre til Helse Nord.

Vennlig hilsen

Brukerutvalget ved
Universitetssykehuset Nord-Norge

Sekretariatet
v/Hilde Anne Johannessen
Konsulent, Direktøren

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.

Brukerutvalget Finnmarkssykehuset
v/ Kjell Magne Johansen - leder

Brukerutvalget Universitetssykehuset Nord-Norge
v/ Terje Olsen – leder

Jaren, 22.02.2023

Sak til brukerutvalgsmøte ang. spesialisert rehabilitering for mennesker med diagnosen epilepsi

Jeg viser til tidligere telefonsamtale/korrespondanse.

Hei,

Som avtalt sender vi informasjon som vi ber om at tas videre til deres neste brukerutvalgsmøte ved Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge.

På vegne av ledelsen ved avdeling for rehabilitering på Røysumtunet tar vi kontakt med dere i brukerutvalgene ved Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge. Bakgrunnen for denne henvendelsen er at ledelsen ved Røysumtunet er dypt bekymret for rehabiliteringstilbudet for de syke epilepsipasientene fra Helse Nord. Dette er en bekymring som vi har kommunisert til det Regionale helseforetaket i lang tid, da vi opplever at Helse Nord har en alt for liten avtale med Røysumtunet. Avtalen er på 1,15 plasser som vil si 419 døgn pr. år. I 2022 ble det benyttet 312 døgn på FBV ordningen, dvs. at dette er i tillegg til avtalen på 419 døgn, totalt 731 døgn.

Til informasjon så er det kun et rehabiliteringstilbud for mennesker med epilepsi i hele landet, og det er på Røysumtunet, som er lokalisert på Østlandet i Gran kommune. Røysumtunet eies av Diakonistiftelsen Røysum, som er en frittstående og ideell stiftelse, og ble etablert i 1965. Siden da har virksomheten gjennomgått en omfattende utvikling. I dag består våre tilbudet av; tverrfaglig spesialisert rehabilitering til mennesker med epilepsi, samt bo- og bistandstilbud til mennesker med psykiske lidelser, epilepsi, utviklingshemming eller andre sammensatte behov.

Pasienter fra Helse Nord har, på lik linje med pasienter fra andre helseforetak, de siste 2 årene kunnet benytte seg av Fritt behandlingsvalg ordningen (FBV). Dette har betydd at Røysumtunet har kunnet ta inn langt flere pasienter fra Helse Nord, samt at ventetiden ble redusert. Nå som FBV ordningen avvikles vil det si at langt færre pasienter fra Helse Nord vil kunne få tilbud om spesialisert rehabilitering fra mars 2023, da avtalen er for liten til å imøtekomme henvisningsgrunnlaget. Til informasjon måtte Røysumtunet avvikle sin FBV ordning 20.2.23.

Det å måtte avslå rehabiliteringstilbud til en svært utsatt pasientgruppe er ikke i tråd med «sørge for-ansvaret», som ligger hos det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. «Sørge for-ansvaret kan oppfylles gjennom egne helseforetak, eller ved å kjøpe tjenester fra private tjenesteytere, institusjoner og privatpraktiserende spesialister, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd».

Røysumtunet prioriterer nå kun pasienter som ikke kan vente og pasienter direkte overført fra sykehus. Pasienter med rett til behandling i spesialisthelsetjenesten «som kan vente på planlagt rehabilitering» får enda lengre ventetid, eller eventuelt måtte få avslag dersom ikke avtalen utvides.

Vi synes det er beklagelig at FBV-ordningen avvikles, da den ga muligheter for å ta imot flere henviste pasienter. Vi minner også om helseminister Ingvild Kjerkol sitt svar på spørsmål rundt avviklingen av fritt behandlingsvalg den 13. desember 2022 hvor hun sier følgende: **"Jeg har også satt som føring at avviklingen av godkjenningsordningen ikke innebærer en omprioritering av innsats mellom tjenesteområder, herunder psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og rehabilitering."**

Epilepsiforbundet har i sitt høringsnotat uttrykt sin bekymring; «Epilepsiforbundet viser til høringsnotat «Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)». Epilepsiforbundet forstår at departementet har gode argumenter for avvikling av godkjenningsordningen. For oss er det viktigste at personer med epilepsi får et godt rehabiliteringstilbud, uavhengig av hvilken ordning det gjøres i. Vi ber imidlertid departementet om å påse at avviklingen ikke fører til en reduksjon av det nåværende rehabiliteringstilbudet», se vedlegg for utfyllende.

I den kunnskapsbaserte retningslinjen om epilepsi er følgende beskrevet;

VURDERING AV REHABILITERINGSBEHOV

Arbeidsgruppens anbefaling:

- *Personer med epilepsi bør tidlig i behandlingsforløpet få vurdert sitt individuelle rehabiliteringsbehov*

Epilepsi er en diagnose som kan få svært ulike konsekvenser. Selv om mange ikke har behov for annet enn medisinsk behandling, rapporterer en stor andel av pasientgruppen at de har andre tilleggsutfordringer utover det å ha anfall. Dette vil ofte føre med seg et behov for rehabilitering av ulik art. Lovverket er tydelig; både kommunene og de regionale helseforetakene har ansvar for å tilby nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering. Dette gjelder både sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering.

Det er viktig at behandler er oppmerksom på de utfordringer som kan oppstå i kjølvannet av å få epilepsi. Det bør derfor alltid gjøres en individuell vurdering og stilles spørsmål om hvordan pasienten mestrer hverdagen. Opplever pasienten f.eks. bivirkninger eller endringer i hukommelse, humør eller psyke? Har pasienten behov for hjelp fra kommunen eller annen behandling eller spesialisert rehabilitering? For utfyllende se; <https://epilepsibehandling.no/>

Vi anser det som viktig at dere i brukerutvalgene engasjere dere i denne saken, for å sørge for at denne problematikken blir løftet i deres brukerutvalg og følges opp videre.

På vegne av ledergruppen v/ Røysumtunet Rehabiliteringsavdelingen

Med vennlig hilsen

Jane Elin Berg, avdelingsleder, Audun Trøftbråten, assisterende avdelingsleder og Heidi Framstad, faglig leder.

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen/Tina Eitran

Dato:
11.5.2023

Styresak 47-2023

Referatsaker

Forslag til vedtak:

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

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 11. mai 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Årsrapport 2022 - Ungdomsrådet UNN HF
2. Årsmelding 2022 - Pasient- og brukerombudet
3. Brukerutvalget UNN HF – referat 1. mars 2023
4. Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF – referat 19. april 2023
5. Brukerutvalget Helgelandssykehuset HF – protokoll 15. februar 2023
6. Brukerutvalget UNN HF – referat 1. mars 2023
7. Brukerutvalget Pasientreiser HF – referat 20. april 2023
8. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 8.5.2023 – protokoll



Årsrapport for 2022 Ungdomsrådet UNN





Innhold

	Side
1 Forord	3
2 Organisering og administrasjon	4
3 Mandat - et utdrag	5
4 Sammensetning av ungdomsrådet	6
5 Ungdomsrådets arbeid i 2022	6
6 Økonomi 2022	10
7 Hilsen fra leder og nestleder.....	11
8 Avslutning og planer for 2023	12

Vedlegg

Filmer

Mandat



1 Forord

«Nok et innholdsrikt år for ungdomsrådet er over. Enda et år hvor vi har samarbeidet godt innad i rådet og med andre ungdomsråd for å løfte ungdommenes stemme i sykehuset. Vi ser fram til fortsettelsen».

Ungdomsrådet har hatt færre ordinære møter i 2022, men aktiviteten har likevel vært høy. Kapasiteten til rådet har i stor grad vært knyttet opp til arrangement av nasjonal konferanse for ungdomsråd i Tromsø i september, men også til oppfølging av pågående og nye oppdrag for eksterne parter.

Møtene har vært gjennomført som planlagt. Det har vært fysisk oppmøte med tilbud om deltagelse via video, ettersom rådets medlemmer fra tid til annen har hatt behov for dette. Ved et av møtene ble også ungdommer fra ungdomsrådets ressursbank invitert.

Årets høydepunkt ble den nasjonale konferansen for ungdomsråd, selv om det bare var fire av medlemmene som deltok. Dette hadde med deltakerbegrensninger for hvert råd i konferansen å gjøre. Samlingen ble støttet av Helse Nord økonomisk. Vi takker for det gode samarbeidet om arrangementet med de andre ungdomsrådene fra Finnmark og Nordland, koordinatorene hos alle, og bidrag fra Helse-Nord som støttet samlingen økonomisk.

I 2022 konstituerte vi nytt råd for perioden 2022-2024!



Nestleder Johanne-Kristine Mortensen og leder Mathias Halvorsen



2 Organisering og administrasjon

Ungdomsrådet UNN (UR UNN) er et foretaksovergrepene organ for ungdoms brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten – et råd for hele UNN. Organisatorisk er Ungdomsrådet plassert under direktøren, og likestilt med Brukerutvalget (BU) i UNN. Ungdomsrådets arbeid og prioriteringer styres av medlemmene, med koordinatorene som tilrettelegger for rådets arbeid. Referat fra rådets møter legges på internett og lagres i sykehusets saksarkiv.

Se ungdomsrådet på internett: <https://unn.no/om-oss/ungdomsradet#kontaktpersoner-for-ungdomsr%C3%A5det>

Rådet har administrativ forankring i Barne- og ungdomsklinikken (BUK) i klinikkjefens stab. Budsjett og driftsansvar ligger til klinikkjef i BUK, og klinikkrådgiver har /koordinatorfunksjon for rådet. Øvrige koordinatorene hentes fra Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA/RSS) og Barne- og ungdomsavdelingen (BUA). Av hensyn til kontinuitet og fleksibilitet har vi svært god erfaring med at rådet driftes av en gruppe fagpersoner i samarbeid og fra ulike fagområder.

Koordinatorer i 2022 har vært:

- Klinikkrådgiver Elisabeth Mia Warvik. Sluttet som koordinator i juli 2022.
- Seksjonsleder Marit Nordmo. Sluttet som koordinator desember 2022.
- Rådgiver Mariann H Sundström. Sluttet som koordinator desember 2022.

Leder Mathias Halvorsen og nestleder Johanne-Kristine Mortensen har gitt skriftlig orientering til ledelsen i UNN om at ungdomsrådet har behov for nye koordinatorene.

2.1. Kontaktinfo koordinatorene og sekretær:

Koordinator Mariann H Sundström, e-post: Mariann.sundstrom@unn.no, telefon 77755753/41326354

Koordinator/Sekretær: Elisabeth Mia Warvik, E-post: Elisabeth.lorentsen.Warvik@unn.no, telefon 77626336/95758579

Koordinator Marit Nordmo, e-post: marit.nordmo@unn.no, telefon: 77669513

2.2 Oppgaver for koordinator/sekretær for ungdomsrådet

1. Bistå og samarbeide med leder/nestleder og andre medlemmer av rådet vedrørende rådets oppgaver. Planlegge og avholde faste møter i arbeidsutvalget (AU) med nevnte representanter i forkant av rådets møter.
2. Være kontaktperson for interne og eksterne henvendelser. Herunder svare på henvendelser og bidra til god flyt og etterrettelighet i samhandlingen med samarbeidsparter, lokalt og nasjonalt.



3. Gjennomføre opplæring og innføring i aktuelle faglige temaer knyttet til ungdomsrådets oppgaver, saker, og drift. Herunder et særlig ansvar for innføring i fagområdet brukermedvirkning i sykehus.
4. Års- og møteplanlegging, møteinnkallinger, saksforberedelser og referater.
5. Kontinuerlig utvikling av strategier, planer og strukturer for bedring av ungdomsrådets drift og funksjon internt, i UNN-systemet og i forholdet til Helse-Nord.
6. Ansvar for rekrutteringsprosess hver 2.år og ved behov utenom.
7. Planlegging og gjennomføring av helgesamlinger.
8. Tilpasse metodikk rundt saker for aldergruppen.
9. Rapportere ungdomsrådets virksomhet.
10. Bistå ungdomsrådets medlemmer ved ulike kommunikasjons- og representasjonsoppgaver.
11. Holde seg orientert innen fagområdet ungdomshelse/ungdomsmedisin. Formidle faglig utvikling til ungdomsrådet.
12. Lage utkast til årsrapport.
13. Tilrettelegge, opprettholde og gjennomføre ungdomsrådets kontakt utad, herunder samarbeidet med helse-Nord, de øvrige ungdomsrådene i Helse-Nord, og ungdomsrådenes samarbeid på landsbasis.

3 Mandat – et utdrag

Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom i alderen 12-25 år i UNN. Det skal være et rådgivende organ for UNN og en høringsinstans for sykehusets arbeid med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. Ungdomsrådet skal også være et rådgivende organ for Brukerutvalget ved UNN.

Ungdomsrådet skal arbeide for å:

- Fremme brukerperspektivet for ungdom i sykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseplager og de utfordringer denne gruppen har overfor helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter.
- Gi konkrete råd til forbedring av tjenester for ungdom på UNN.
- Dele sin erfaring som brukere til nytte for annen ungdom.
- Kommunisere med alle klinikker i sykehuset som behandler ungdom.
- Fremme kontakt med brukerorganisasjoner.
- Fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus

Ungdomsrådet skal være bredt sammensatt. Det skal gjenspeile den demografiske sammensetningen i opptaksområdet, bredden i de aktuelle pasientgrupper og mangfoldet i diagnoser og erfaring med sykehuset.

Se for øvrig vedlagt fullstendig mandat.



4 Sammensetning av Ungdomsrådet

Rådet har 11 plasser. En plass står ledig.

Det har vært avholdt valg i 2022, og rådet har nå denne sammensetningen:

Mathias Halvorsen	(leder), Tromsø
Johanne Kristine Mortensen	(nestleder) Tromsø
Regine Elvevold	Tromsø
Surajja Zeynalli	Tromsø
Kamilla Mari Sørensen	Tromsø
Elise Marie Nilssen-Broderstad	Evenskjer
Marius Sundstrøm	Tromsø
Mia Berggren Nordahl	Tromsø
Helena Andersen	Tromsø
Marte Stene Sætrum	Tromsø

5 Ungdomsrådets arbeid i 2022

Møter, nasjonalt seminar og deltagelse i prosjekter

Ungdomsrådet har avholdt 3 møter i rådet og 3 møter i arbeidsutvalget i 2022. På møtene i ungdomsrådet er det behandlet 18 saker. Aktiviteten dette året er redusert fra 6 til 3 møter, med redusert antallet saker sammenlignet med 2021. Reduksjonen skyldes stort ansvar og arbeidsinnsats i forbindelse arrangement av nasjonalt seminar for ungdomsråd dette året.

Etter eget initiativ gikk ungdomsrådene i Helse -Nord sammen om å arrangere nasjonalt seminar for ungdomsråd i Norge. Seminaret hadde 55 deltakere med 17 ungdomsråd fra hele landet. Seminaret ble arrangert på Hotel The Edge i Tromsø den 22.-23.september, og ble støttet økonomisk av Helse Nord. Både nasjonalt Pasient-og brukerombud, representanter for Unge Funksjonshemmede og Helseminister Ingvild kjerkol holdt innlegg for deltakerne i seminaret.



Nasjonalt pasient- og brukerombud Jannicke Bruvik

Deltakerne i seminaret jobbet med ulike tema innen fagfeltet ungdomshelse og drift av ungdomsråd. Det ble utarbeidet og framlagt følgende skriftlige innspill til helseminister Ingvild Kjekol:

1. Saker som ungdomsrådene mener det bør jobbes med for å fremme ungdomshelse i Norge.

- Overganger.
- Psykisk Helse.
- Gratis helsetjenester til barn og unge opp til 23 år.

2. Ønske om systemer som sikrer god ungdomsmedvirkning i spesialisthelsetjenesten lokalt og nasjonalt.

Det vises til referat fra seminaret på UNN sine nettsider. Søk opp «Ungdomsrådet UNN»

<https://unn.no/om-oss/ungdomsradet>



Gode diskusjoner i Nasjonalt seminar



Arrangører for nasjonalt seminar var Ungdomsrådene i Helse Nord



Helseminister Ingvil Kjerkol talte til ungdommene



Medarrangør for nasjonalt seminar var «Med ungdom i fokus» fra Mosjøen

Deltagelse i prosjekter

Medlemmer av ungdomsrådet er pr. 31.12.22 engasjert i 26 prosjekter drevet av eksterne parter, etter forespørsel fra disse. Noen av prosjektene er nye av året, mens andre går over flere år. Forespørsler som kommer inn til rådet vurderes av arbeidsutvalget og i noen tilfeller også av ungdomsrådet. Prosjektet blir deretter prioritert eller avvist, og i de fleste tilfeller utpekes en eller to medlemmer som får i oppdrag å følge opp. Enkelte prosjekter ivaretas av et samlet råd, i møtet eller i form av skriftlig oppfølging.

Det har med årene vært økende tilfang av forespørsler til ungdomsrådet, og det er etter hvert derfor behov for prioritering av saker ettersom rådet ikke har anledning til å imøtekomme alle forespørslene. Av denne grunn har vi startet arbeidet med opprettelse av en ressursbank av ungdom tilknyttet ungdomsrådet. Tanken er at medlemmer av ressursbanken skal kunne engasjeres i noen av prosjektene som har behov for ungdomsmedvirker, uten at de er medlemmer av rådet. Medlemmene av ressursbanken vil få opplæring via ungdomsrådet, og det er også planlagt at et par av årets møter skal være åpent for ungdommer som er knyttet til ressursbanken.

Et utvalg av saker fra året 2022

- Planlegging og gjennomføring av seminar for ungdomsrådene i Norge. Avsluttet.



Viktig nasjonalt utviklingsarbeid for ungdomshelse i spesialisthelsetjenesten.

- Digitale løsninger 12-16 år på Helse Norge. Prosjekt ved Tove Sørensen, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin.
- Forskningsprosjekt: Nytt av tilbakemeldingsverktøy i BUP. Ved forsker Linda Svorken UNN/UiT.
- Brukerkonferansen Helse-Nord 21.– og 22.september Tromsø. Presentasjon i samarbeid med øvrige ungdomsråd i Nord-Norge.



Nestleder UR UNN Johanne-Kristine Mortensen (nr3 fra v) holder presentasjon sammen med representanter fra øvrige ungdomsråd i Helse Nord.

- Brukermedvirkning i BUP – Inntakssamtalen «Dine muligheter» og utvikling av brosjyre. Et medlem som deltaker i prosjektgruppe. Pågående.
- Utviklingsplan for UNN 2022-2038. Prosjekt ved Heidi Høifødt, Forsknings- og utdanningscenteret UNN.
- Arbeid med rekruttering og etablering av brukerbank. Pågående.

Listen er ikke uttømmende.

UR UNN er i tillegg representert i flere langsgående prosjekter:

- Helsefellesskapet Troms og Ofoten. Ungdomsrådet har fast plass med stemmerett i Strategisk samarbeidsutvalg, Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge, og Faglig samarbeidsutvalg for psykiatri og rus. 8-10 møter i året, fast representant og vara fra Ungdomsrådet. Koordinator sitter som observatør. Langsgående.



- «Engasjert», forbedringsverktøy for brukermedvirkning. Deltager fra UR UNN og koordinator.
- Brukermedvirkning i BUP – Inntakssamtalen «Dine muligheter» og utvikling av brosjyre. Et medlem som deltaker i prosjektgruppe. Deltager fra UR UNN.
- Verdensdagen for Psykisk helse Tromsø. Koordinator i styringsgruppen og årlig presentasjon ved medlem av Ungdomsrådet.
- Bruk av videokonferanse i behandling. Ved Monika Gullslett, Nasjonalt senter for E-helseforskning- psykisk helse og digitalisering. Deltagere fra UR UNN.
- Involvert. Prosjekt ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unges psykiske helse, UiT/ Helsedirektoratet. Etablering av nasjonalt nettsted for brukermedvirkning, samt forskningsprosjekt. Deltager fra UR UNN og koordinator.
- Nye Narvik sykehus. Presentert ved Lars Rye, prosjektleder UNN. Deltager fra UR UNN.
- Nettsiden Involvert – ved RKBU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord. Presentasjon på seminar, medlem av rådet og koordinator.

Listen er ikke uttømmende.

6 Økonomi 2022

Art	Art (T)	Anlegg/Ressurs (T)	Prosjekt	Prosjekt (T)	AV	Tekst	Beløp
3111	Kursinntekter						-197 200,00
3991	Annen inntekt						-22 329,00
5099	Periodisering lønn						13 384,74
5390	Andre avg.pl godtgjørelser						102 095,00
5400	Arbeidsgiveravgift						2 773,83
5600	Kurs, seminarer, kongresser og lignende						264 239,00
5930	Velferdstiltak						2 583,20
5990	Annen personalkostnad, ikke oppgavepliktig						1 624,00
6590	Annet driftsmateriale						663,20
6860	Servering v/møter						1 007,84
6890	Annen kontorkostnad						689,20
6910	Porto						111,20
7100	Bilgodtgjørelse, oppgavepliktig						2 349,00
7101	Bilgodtgjørelse, avgifts- og oppgavepliktig						276,66
7140	Reisekostnader, ikke oppg. pl.						5 924,00
7149	Reisekostnader utenom reiseregnsyst.						4 569,00
7410	Gaver gitt til ikke-ansatte						1 592,00
7797	Andre kostnader						460,00
							184 812,87

Siden det har vært færre møter dette året har ungdomsrådet brukt mindre penger på honorar, reise- og godtgjørelse og andre utgifter knyttet til møter enn tidligere år. Inntektene knyttes til overføringer fra deltakere på nasjonalt seminar. Disse midlene gikk ut igjen ved betaling av hotellopphold og kost i forbindelse med seminaret, hvor ungdomsrådet UNN sto som arrangør. Også støtten til seminaret, fra Helse Nord, framgår som inntekt.



7 Hilsen fra leder av Ungdomsrådet UNN

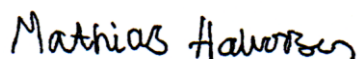
2022 har vært det første "normalåret" etter pandemien. Munnbind ble omsider lagt bort, og digitale møter gikk fra å være nødvendige til å bli noe vi kunne benytte oss av når det passet best.

I året som har gått har vi som vanlig hatt et jevnt og høyt trykk av saker. Vi har hatt flere møter i rådet for å ta stilling til alle forespørsler og spørsmål vi har fått. Det har vært fint å samles fysisk, og dette har bidratt til gode diskusjoner mellom oss medlemmer. Vi har også dette året fått til møter med ulike ledere i sykehuset, og her føler vi oss godt tatt på alvor og lyttet til.

Om vi skal trekke frem et konkret høydepunkt av ting vi har jobbet med, må det være Nasjonal konferanse om ungdomsråd i sykehus. I september fikk vi samlet ledere og nestledere fra alle helseforetakenes ungdomsråd, til to dagers seminar her i Tromsø.

Temaet var brukermedvirkning og organisasjonering av ungdomsrådenes arbeid. Vi var så heldige å få hjelp fra organisasjonen "Med ungdom i fokus" til dette. De har over flere år utviklet "Mosjømodellen" for å sikre effektiv brukermedvirkning fra flere kommunale ungdomsråd i Nordlands-området. Modellen er todelt, og fokuserer både på hvordan det politiske systemet i en kommune fungerer og hvilke tiltak engasjerte ungdommer selv kan gjøre. Med noen tilpasninger kan vi bruke denne modellen til arbeid med ungdomsrådene i sykehus. Vi takker for et godt samarbeid, fin opplæring og ei super samling!

Tromsø, januar 2023



Mathias Halvorsen

Hilsen fra nestleder av Ungdomsrådet UNN

Vi legger altså bak oss et innholdsrikt år, og er spente på veien videre for rådet vårt. Ungdomsrådet vil på mange måter være preget av store endringer i året vi går inn i. Våre flotte koordinatorene og sekretær har gått inn i andre stillinger, og vi står dermed uten koordinatorene inntil videre. Vi er i dialog med ledelsen ved Barne- og ungdomsavdelingen om å finne noen til denne stillingen snarest, og skal etter planen få være delaktig i dette. Dette vil gjøre at vi ikke vil ha den hyppigste møtevirksomheten i tiden fremover, og vi må nok smøre oss med litt tålmodighet frem til ny koordinatorene er på plass. Til tross for dette ser vi frem til et nytt år, flere spennende oppdrag og å kunne rope enda høyere om viktigheten av brukermedvirkning.

Vi vil også på vegne av hele ungdomsrådet takke våre tidligere koordinatorene og sekretær, Mariann Sundstrøm, Marit Nordmo, og Elisabeth Mia Warvik, for arbeidet de har gjort for ungdomsrådet ved UNN i mange år. Takk for deres brennende engasjement for ungdomshelse, for at dere alltid tar oss på alvor og for deres dyktighet i rollene dere har hatt.

Tromsø, januar 2023

Johanne-Kristine Mortensen



8 Avslutning og planer for 2023

Av årsmelding for 2022 kan vi oppsummere – Dette året har det vært et nært og fruktbart samarbeid mellom alle ungdomsrådene i Helse Nord, initiert av rådene selv. Vi har avholdt flere samarbeidsmøter digitalt, ungdommene har stilt opp til oppdrag i fellesskap og vi arrangerte nasjonalt seminar for ungdomsråd i tett samarbeid med alle rådene. Dette hadde ikke vært mulig uten den gode tonen rådene imellom, og topp innsats fra alle parter. Takk til Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset sine ungdomsråd og koordinatorene. Vi er spesielt glade for at Helgelandssykehuset er kommet på banen med oppstart av eget ungdomsråd.

Samarbeidet mellom rådene og flere ungdommer og koordinatorene å spille på, øker alles motivasjon. Til sammen styrkes det faglige arbeidet med ungdomshelse i spesialisthelsetjenesten, både lokalt, regionalt og nasjonalt.

«2022 har for meg vært et lærerikt, engasjerende og sosialt år. Konferansen i september inspirerte meg spesielt, og jeg er veldig motivert for kommende år».

Regine Elvevold, medlem av rådet.

Ved overgangen til 2023 stiller rådet nesten fulltallig, med en plass ledig. Flere av medlemmene har lang erfaring, og rådet stiller sterkt i kraft av ungdommenes egne ressurser. Rekruttering av nytt råd ble gjennomført i 2022, så det neste året vil være uten valg. Året 2023 skal det arrangeres helgesamling i Bodø sammen med ungdomsrådene i Helse Nord, et tiltak ungdommene tidligere har satt stor pris på.

Vi koordinatorene takker for oss, og ønsker nye velkommen. Vi har hatt en spesielt fin tid sammen med ungdomsrådet helt fra starten i 2015. Det har vært lærerikt, med mange ulike prosjekter og oppgaver sammen med ungdommene. En erfaring vi gjerne tar med oss videre.



En glad gjeng ungdommer fra 17 ungdomsråd ved sykehus i Norge samlet i Tromsø sept.2022. Vi ses snart igjen!



Vedlegg:

Et utvalg av filmer og annet materiell laget i regi av og i forbindelse med ungdomsrådet i perioden 2020-2022.

Om ungdomsrådet på UNN, en video fra

2020: <https://www.facebook.com/universitetssykehusetnordnorge/videos/188655849147514/?t=6>

Nestleder Johanne-Kristine Mortensen og medlem Regine Elvevold om arbeidet i Ungdomsrådet og Helsefelleskapet i UNN. <https://www.youtube.com/watch?v=Ajz7MwcCl1Q>

Nestleder Johanne-Kristine Mortensen i en film av Verdens helseorganisasjon (WHO) om bruk av video i psykiatrisk behandling for ungdom. <https://vimeo.com/665644277>

Medlem Kamilla Mari Sørensen bidro i utvikling av nettstedet Involvert.no om barn og unges medvirkning <https://involvert.no/intervju-med-kamilla-sorensen/>

Alle tre ungdomsrådene i Helse Nord har samarbeidet tett om utarbeidelse av 7 prinsipper for gode overganger fra barneorienterte til voksenorienterte tjenester. Ungdomsrådet på NLSH har laget film om de 7 prinsippene: <https://www.youtube.com/watch?v=O4woleIYIYk>

Brukermedvirkning ved Videokonsultasjon. En film av nasjonalt senter for e-helseforskning med Johanne Kristine Mortensen: <https://www.youtube.com/watch?v=3ZONiEtnxol>

Artikler:

<https://ehealthresearch.no/nyheter/2022/psykologhjelp-over-nett-gjor-at-ungdommer-far-raskere-hjelp>

<https://ehealthresearch.no/nyheter/2021/brukermedvirkning-om-videokonsultasjoner>

<https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/bup-satser-pa-digital-terapi-for-at-flere-skal-fa-time-for-psykisk-helsehjelp-1.15845177>

<https://www.pingvinavisa.no/ungdom-ma-sikres-gode-overganger/>



Vedlegg

Mandat for Ungdomsrådet ved UNN

Grunnlag

Ungdomsrådets oppgaver bygger på prinsippet om at det er pasientens behov som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, og at brukermedvirkning skal brukes som en kunnskapskilde til forbedring av praksis. Ungdoms brukererfaringer og forslag til tiltak skal systematisk brukes for å forbedre sykehusets tilbud til ungdom.

Overordnede føringer

- Barnekonvensjonens artikkel 12 sier at ungdom har rett til å si sin mening og bli hørt. Barnekomiteen i Genève har videre slått ettertrykkelig fast at det er voksne som har ansvar for å legge til rette for at de blir hørt.
- Nasjonal helse- og sykehusplan: I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 nevnes flere aktuelle momenter blant annet at ungdomsrådene skal ha reell innflytelse. Barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet (s9)
- Brukermedvirkning i helseforetak - Lov om helseforetak § 35, og retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå.
- Visjon for brukermedvirkning i Helse Nord: *Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.*
- Definisjon på brukermedvirkning: "De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud" (Stortingsmelding nr. 34-1996-97).

Formål

Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom i alderen 12-25 år i UNN. Det skal være et rådgivende organ for UNN og en høringsinstans for sykehusets arbeid med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. Ungdomsrådet skal også være et rådgivende organ for Brukerutvalget ved UNN.

Ungdomsrådet skal arbeide for å:

- Fremme brukerperspektivet for ungdom i sykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseplager og de utfordringer denne gruppen har overfor helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter.
- Gi konkrete råd til forbedring av tjenester for ungdom på UNN.
- Dele sin erfaring som brukere til nytte for annen ungdom.
- Kommunisere med alle klinikker i sykehuset som behandler ungdom.
- Fremme kontakt med brukerorganisasjoner.
- Fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus



Organisering og administrasjon

Ungdomsrådet arbeider for ungdoms brukermedvirkning i UNN. Ungdomsrådet er et selvstendig utvalg sidestilt med Brukerutvalget på UNN. Ungdomsrådet jobber selvstendig med utvalg av saker og uttalelser i saker. Det skal være samarbeid mellom UR og BU. Lederne for rådene kan stille som observatører i det andre utvalget.

Ungdomsrådet skal i det daglige ha administrativ forankring i BUK gjennom koordinatorene som representerer henholdsvis somatisk og psykisk helsevern. Det skal etableres et arbeidsutvalg som består av koordinatorene, samt leder og nestleder i ungdomsrådet.

For at ungdomsrådet skal kunne bidra med reell brukermedvirkning, foreligger det særlige behov for tilrettelegging av metode og arbeidsform.

Koordinatorer har en særskilt rolle i tilretteleggingen og deres oppgaver er:

- Være ambassadører for ungdomsrådet og ivareta et formidlingsansvar for Ungdomsrådets virke og arbeid.
- Være prosessledere og sørge for egnet metodikk tilpasset aldersgruppen.
- Bistå ungdomsrådets leder/nestleder i deres funksjoner.
- Bidra til effektiv linje for saksbehandling.
- Sørge for møteplan, møteinnkalling samt skrive referat fra rådets arbeidsutvalg og øvrige møter.
- Være et bindeledd mellom ungdomsrådet, brukerutvalget og øvrig ledelse i BUK og på UNN.
- Administrere møte- og reisegodtgjørelser for ungdomsrådets representanter.
- Sende ut referat fra møter til Brukerutvalget på UNN, administrasjonssjef, utvidet lederteam i BUK, de andre ungdomsrådene i regionen og Regionalt brukerutvalg.
- Drive rekrutteringsprosessen i forbindelse med valg av nytt råd og ved behov for nye medlemmer underveis i perioden.

Arbeidsutvalg

- Samarbeide om utarbeidelse av møteplan, sakliste og forberedelse av saker.
- Samarbeide om arrangementer og større saker/prosesser hvor det er behov for en bredere saksforberedelse eller utredning.
- Koordinatorer foreslår prioritering av saker og kommer med anbefalinger i saker hvor det er nødvendig.

Sammensetning

Ungdomsrådet skal være bredt sammensatt. Det skal gjenspeile den demografiske sammensetningen i opptaksområdet, bredden i de aktuelle pasientgrupper og mangfoldet i diagnoser og erfaring med sykehuset.

Rådet skal bestå av 11 medlemmer mellom 12-25 år, fordelt etter alder, kjønn, etnisk bakgrunn og bosted, som avspeiler helseforetakets nedslagsfelt. Ungdomsrådet skal ha minst en representant med samisk bakgrunn. Det er ønskelig at minst en representant i ungdomsrådet har erfaring som pårørende.

Ungdomsrådet skal ha minst 2 representanter fra hvert av områdene somatisk, habilitering og psykisk helsevern. Det er et krav at ungdommene skal ha personlige erfaringer som pasient/pårørende i sykehus. Ungdommene må være villige til å dele sine erfaringer, og ha et ønske om å bidra til bedre helsetjenester for ungdom.



Rekruttering og konstituering

Utlysning etter nye rådsmedlemmer formidles allment, i BUK og ved henvendelse til brukerorganisasjoner. Brukerorganisasjonene foreslår aktuelle kandidater blant sine medlemmer. Ungdommer som ønsker å være med i rådet kan selv ta kontakt med UNN.

Ved valg av nytt råd foreslås følgende arbeidsfordeling: utlysning, behandling av søknader, intervjuer og innstilling gjøres av koordinatorene i samarbeid med klinikkisjef BUK og evt administrasjonssjef. I innstillingen foreslås også leder og nestleder. BUK klinikkledelse gjør det endelige vedtaket om sammensetningen av rådet.

Rådsmedlemmer sitter i 2 år, med mulighet for reoppnevning. Maksimalt kan kandidatene velges for tre perioder. Det er ønskelig at ikke hele rådet skiftes ut på samme tid. Det inngås en skriftlig avtale med rådsmedlemmene. Rådsmedlemmer under 18 år må ha muntlig samtykke fra foresatte til å sitte i rådet.

Godtgjøring og møteaktivitet

Møtegodtgjøring skjer etter egne satser og skal følge anbefalingen gitt av Helse Nord. Reisegodtgjøring skjer etter statens reiseregulativ.

Ungdomsrådet har inntil 8 møter i året, med anbefaling om at minst to av disse gjennomføres via videokonferanse. Et møte i året er en helgesamling og teller da som to møter. Det utbetales honorar for to møter (8 timer). I tillegg kan ungdomsrådet inviteres til frivillig deltakelse ved andre forespørsler (møter med ledelse, foredrag etc.). Honorar for oppdrag utenfor ungdomsrådets faste møteagenda, avtales i det enkelte tilfelle.

Leder og nestleder møter i ungdomsrådets arbeidsutvalg, i Brukerutvalget UNN, i dialogmøte med styret i UNN og i klinikkledermøter i BUK ved behov. Representasjon av ungdomsrådet i ulike fora og eventuelt annet kan også bli aktuelt.

Referanser

Brukermedvirkning i helseforetak – med hjemmel i Lov om helseforetak:

http://www.lovdatabasen.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7

FN's Barnekonvensjon: <http://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#12>

Norsk Forening Unges Helse (NFUH) <http://www.ungeshelse.no/>

Unge Funksjonshemmede: <http://www.ungefunksjonshemmede.no/>



2022

Årsmelding

Alle kan kontakte Pasient- og brukerombudet for å fortelle sin historie.

Hjelpen fra oss er gratis og du trenger ikke henvisning for å ta kontakt. Vi har taushetsplikt og du kan være anonym om du ønsker det.

Innledning

Norge har et mål om at alle landets innbyggere skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av inntekt og bosted. Vi har en god helsetjeneste og de fleste får den hjelpen de skal ha når de trenger det. Likevel skjer det feil, misforståelser, forglemmer og neglisjering. Da har vi alle rett til å klage og å melde fra.

Pasient- og brukerombudet har 15 kontor spredt i hele landet og i alle våre fylker. Vi arbeider for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi jobber også for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Årsmeldingen er skrevet på bakgrunn av våre erfaringer, og de over 17000 henvendelsene vi har fått i løpet av 2022.

På tross av at restriksjonene Covid-19 medførte er fjernet, lever vi med viruset som fortsatt smitter, gir følgeskader, leveringsproblemer og lengre ventelister. Mangel på kvalifiserte ansatte i helse- og omsorgstjenesten er problematisk hver dag, flere steder. Det samme er mangel på nok areal. Budsjettene er stramme på alle nivå. Krigen i Ukraina har ført med seg økte kostnader, også for helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelser- og behandlingsmulighetene er økende. Flere sykdommer og plager kan behandles, medisiner blir mer effektive og gir mindre bivirkninger. Forventet levetid øker. Det er vanskelig å akseptere at behandlingsmuligheter finnes, men ikke er tilgjengelig for pasienten.

Våre innbyggere har dessverre ikke lik tilgang til helse- og omsorgstjenester. Bostedsadresse, kjønn, alder og språkferdigheter påvirker hvilket tjenestetilbud du får, hvorvidt og når sykdom oppdages, om du henvises til rehabilitering og hvilke muligheter du får for å leve et fullverdig liv på tross av sykdom og skader. Har du ikke fast bostedsadresse eller Bank-ID, eller ikke håndterer den digitale verdenen, har ikke du samme muligheter som vi andre.

Året 2022 ble et nytt rekordår for Pasient og brukerombudet med over 17368 henvendelser. Spent økonomi i flere år har ført til færre ansatte samtidig som arbeidsmengden har økt, også hos oss. Vi er takknemlige for at økt overføring for 2023 sikrer opprettholdelse av dagens antall ansatte på våre 15 kontor, og fortsettelse i arbeidet med å forbedre våre digitale løsninger.

Vår strategi er at Pasient- og brukerombudet skal tilby likeverdige tjenester uavhengig av bosted, si ifra om svikt, urett og ulikhet, samt å gjøre hverandre gode. Det har påvirket arbeidet vårt i hele 2022. Samarbeid på tvers av kontorene har økt og gjør våre små kontor mindre sårbare. Kunnskap og erfaringer deles og kommer pasienter og brukere til gode.

Jannicke Bruvik

Nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud

Pasient- og brukerombudet trekker særlig dette frem fra 2022:

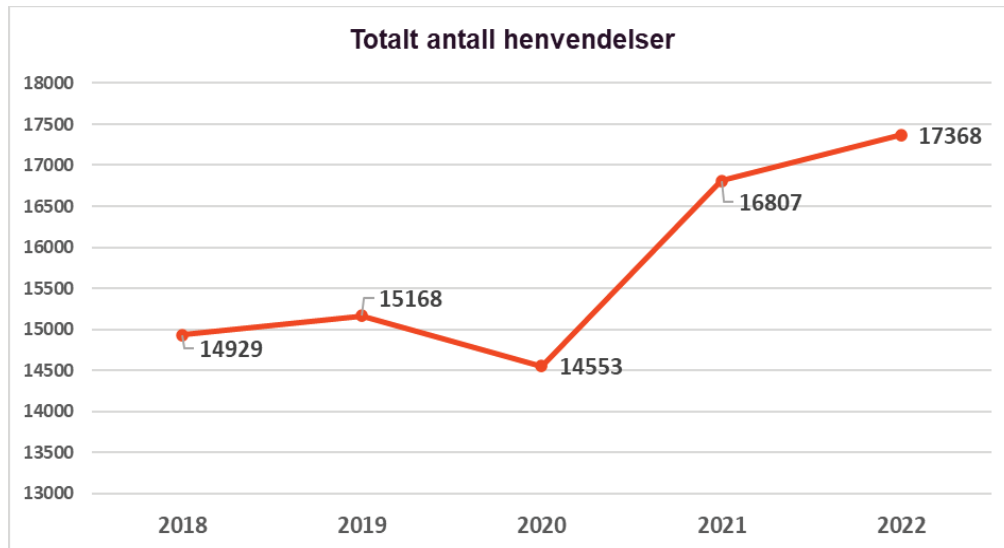
- Mangelen på fastleger har nasjonalt omfang og gir alvorlige konsekvenser for pasientene.
- Psykisk helsehjelp må prioriteres høyere. Det er manglende kapasitet og kvalitet innen psykisk helsehjelp, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Pasientenes rett til likeverdig helsehjelp uavhengig av bosted og livssituasjon blir ikke oppfylt.
- Mangelfulle saksbehandlingsrutiner i kommunehelsetjenesten er en trussel mot pasientsikkerheten.
- Egenandel for unge må fjernes.
- Samhandling mellom avdelinger og tjenestested, uavhengig av nivå, må bli bedre.

Innhold

Innledning	1
Pasient- og brukerombudet trekker særlig dette frem fra 2022	2
Statistikk	4
Statistikk spesialisthelsetjeneste	5
Statistikk kommunal helse- og omsorgstjeneste	6
Våre helseregioner	8
Fastlegekrisen	11
Psykisk helsetjeneste	14
Spesialiserte tilbud og vanskelige prioriteringer	15
Har alle lik tilgang til helse- og omsorgstjenester?	16
Helsekompetanse	16
Kommunikasjon og samvalg	17
Valg av behandlingssted	18
Fristbrudd	18
Klage	20
Barn og unge	21
Pasient- og brukerombudenes fokusområde; Ungdom 16-20 år	21
Ung.no	21
Barn og unges fysiske og psykiske helse	21
Retten til barnekoordinator	22
Avlastning for familier med barn som har funksjonsnedsettelse	22
Egenandeler	23
Samhandling og koordinering av tjenester	24
Samhandling internt på sykehus	24
Samhandling mellom tjenestenivåer og mellom ulike sykehus	25

Statistikk

I 2022 mottok Pasient- og brukerombudet 17368 henvendelser. Det er flere henvendelser enn noen gang tidligere, og en økning på 16 % i løpet av fem år.



Pasient- og brukerombudet fikk flest henvendelser om forhold i spesialisthelsetjenesten. Fordelingen mellom nivåene viser at vi hadde 7198 saker i spesialisthelsetjenesten og 5890 saker i kommunal helse- og omsorgstjeneste.



Over 4000 av henvendelsene kunne ikke plasseres på nivå da vi ikke mottok nok informasjon til å kunne plassere saken i en bestemt kommune eller i en virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Vi fikk også henvendelser som lå utenfor vårt ansvarsområde.

Statistikk spesialisthelsetjeneste

Kategorisering av henvendelsene som omhandler spesialisthelsetjenesten viser at vi blir mest kontaktet om forhold innen psykisk helsevern og kirurgi. Antall henvendelser innen psykisk helsevern har økt hvert år de siste fem årene, fra 1485 henvendelser i 2018 til 2308 i 2022. En solid økning med 55 % på fem år. Tradisjonelt har det vært flest henvendelser til oss om kirurgi, men området hadde betydelig nedgang i 2020, noe som sannsynligvis skyldes Covid-19 pandemien. Antall henvendelser innen kirurgi har økt noe de to siste årene, men har likevel ikke nådd samme nivå som før pandemien.

Antall henvendelser innen indremedisin, nevrologi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, onkologi og rusmiddelavhengighet og annen avhengighet, har hatt mindre variasjoner de siste fem årene.



Når Pasient- og brukerombudet blir kontaktet vil henvendelsen registreres både på tjenestenivå, sted og årsak til at vi blir kontaktet. Diagrammet under viser kategoriene som oftest var årsak til at vi ble kontaktet i 2022.

I 19 % av sakene der henvendelsen handler om spesialisthelsetjenesten, er det selve behandlingstiltaket som er årsaken. I kategorien "behandlingstiltak" finner vi saker som opplevd pasientskade, feil i behandling eller undersøkelse, eller ikke oppnådd forventet resultat av en behandling. Hele 38 % av denne typen henvendelser kan spores til kirurgi, og da hovedsakelig ortopedisk kirurgi.

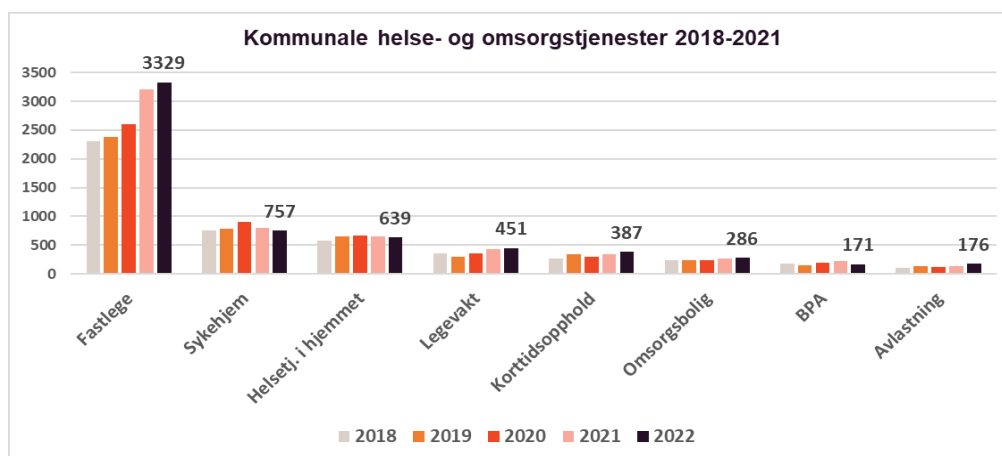
Manglende tildeling av tjenester er hovedårsak til henvendelse i 8 % av sakene i spesialisthelsetjenesten. Spesialiteten psykisk helsevern står for 43 % av henvendelsene der det klages på manglende tildeling av tjenester.

Ved henvendelser grunnet uenighet i, feil eller forsinket diagnostisering, skiller spesialiteten nevrologi seg ut med forholdsvis høy andel. Innen onkologi er det mange som oppgir manglende/dårlig oppfølging som årsak til at de tok kontakt med Pasient- og brukerombudet.



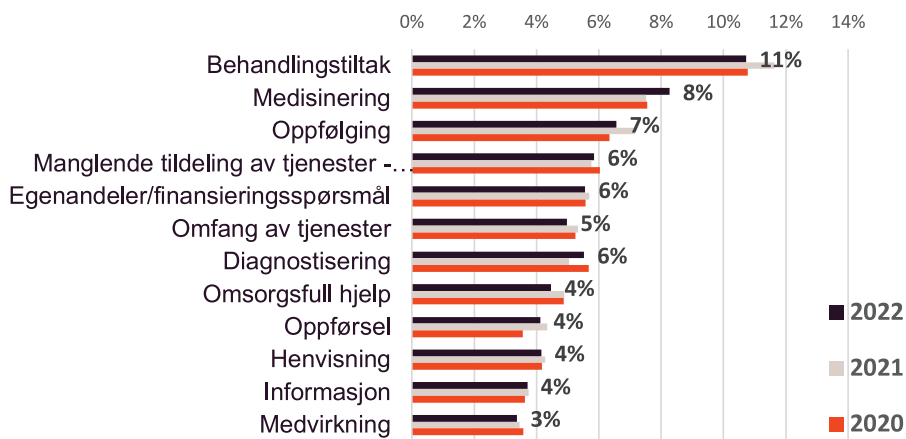
Statistikk kommunal helse- og omsorgstjeneste

Innen kommunal helse- og omsorgstjeneste, får vi flest henvendelser om fastlegetjenesten. Henvendelser av denne typen har økt hvert år siden 2018, og har økt med 44 % fra da til 2022. Hele 49 % av sakene til Pasient- og brukerombudet innen kommunal helse- og omsorgstjeneste er om fastlegetjenesten. Antall saker som omhandler sykehjem, helsetjenester i hjemmet, legevakt, korttidsopphold i institusjon, omsorgsbolig, brukerstyrt personlig assistent og avlastning har hatt mindre variasjoner de siste fem år.



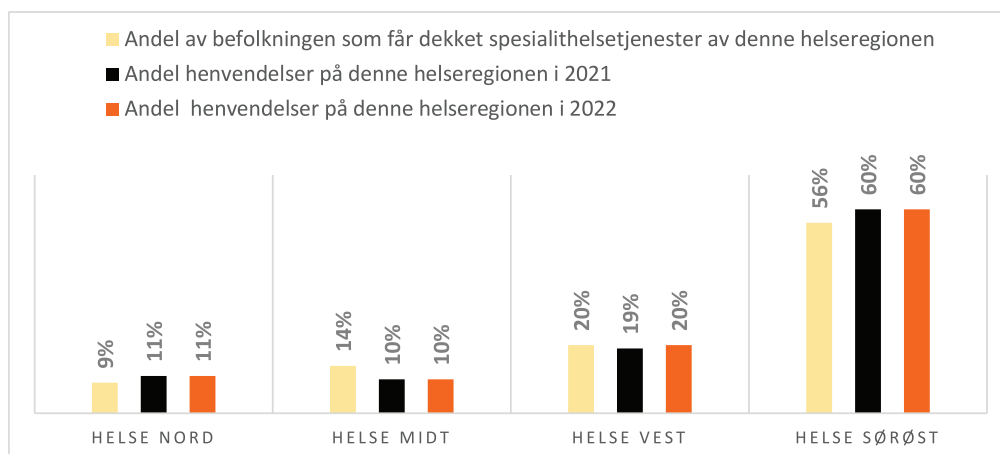
I likhet med spesialisthelsetjenesten er misnøye med selve behandlingstiltaket hovedårsak til at vi blir kontaktet angående forhold i kommunal helse- og omsorgstjeneste. På tross av at legevaktstjeneste kun står for 6 % av sakene i kommunal helse- og omsorgstjeneste, står de for 14 % av henvendelsene der selve behandlingstiltaket er hovedårsak til kontakt. Av de som kontakter oss grunnet misnøye med medisinering, kan 73 % av disse henvendelsene spores til fastlegen, selv om fastlegesakene totalt sett står for 44 % av sakene i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Over halvparten av de som kontakter oss grunnet misnøye med oppfølging er misfornøyd med fastlegens oppfølging.

Årsak Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020-2022



Våre helseregioner

Våre fire helseregioner dekker ulik andel av befolkningen. Andelen henvendelser vi får på de ulike helseregionene følger den andel befolkning som helseregionen dekker. Ingen av regionene utpeker seg når det gjelder antall klager i vår statistikk.



Helse Sør-Øst

I 2022 hadde Pasient- og brukerombudet 4310 saker som handlet om forhold i Helse Sør-Øst. Spesialitetene vi får flest henvendelser på i Helse Sør-Øst er som følger: psykisk helsevern for voksne (36 %), ortopedisk kirurgi (15 %), nevrologi (9 %) og psykisk helsevern for barn og unge (7 %). Dette samsvarer i store trekk med sammensetningen av sakstyper fra tidligere år. Fra 2021 til 2022 har vi imidlertid sett en økning i saker som gjelder psykisk helsevern for barn og unge, onkologi, hjertesykdommer og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Den viktigste årsaken til henvendelser om spesialisthelsetjenester i Helse Sør-Øst er selve behandlingstiltaket. Denne kategorien omfatter for eksempel feil under en operasjon, manglende behandling eller feil vurdering av hastegrad.

Den nest største årsaken gjelder manglende tildeling av tjenester, for eksempel avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten. Deretter følger saker knyttet til diagnostisering, ventetid og informasjon. De vanligste årsakene til henvendelse går igjen år etter år, med noen små variasjoner. I 2022 har det blant annet vært en økning i henvendelser der årsaken har vært knyttet til manglende eller dårlig informasjon. Det har også vært en økning i saker om helsepersonells oppførsel og saker om utskriving.

Helse Midt-Norge

Vi mottok 693 saker i 2022 som handlet om Helse Midt-Norge. Antall saker i spesialisthelsetjenesten totalt i regionen har vært omtrent som i 2021, og de spesialitetene vi får flest henvendelser om er psykisk helsevern for voksne

(33 %), ortopedisk kirurgi (14 %), nevrologi (12 %) og psykisk helsevern for barn og unge (8 %).

Den viktigste årsaken til henvendelser om spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge er selve behandlingstiltaket. Nest største årsak er oppfølging, deretter klager på informasjon. Den største endringen fra 2021 ser vi i økning i antall saker som omhandler manglende tildeling av tjenester/avslag. Mer enn halvparten av disse er innenfor psykisk helsevern.

Vi har hatt en økning i antall henvendelser om psykisk helsevern sammenlignet med 2021. Henvendelsene knyttet til barn og unge (BUP) har gått noe ned, og denne nedgangen ser vi i Trøndelag. Manglende tildeling av tjenester/avslag er den årsaken som oppgis hyppigst innen psykisk helsevern, noe som er en endring fra 2021 da hovedårsaken til kontakt med oss var knyttet til selve behandlingstiltaket.

Helse Nord

Pasient- og brukerombudet mottok 749 saker som omhandlet Helse Nord i 2022. Saksomfanget var på samme nivå som foregående år. De største fagområdene var ortopedisk kirurgi (21 %), psykisk helsevern for voksne (21 %), behandling av kreftsykdommer (13 %) og mage-/tarmkirurgi (11 %). Disse fagområdene har over flere år vært mest fremtredende blant sakene som Pasient- og brukerombudet mottar fra helseregionen.

Selve behandlingstiltaket var årsak til hele 43 % av kontakt med Pasient- og brukerombudet som gjaldt Helse Nord. Problemstillingene som ble tatt opp av pasienter og pårørende, var spørsmål om mulig feilbehandling, komplikasjoner, valg og gjennomføring av behandlingstiltak, diagnostikk og pasientforløp som ikke fulgte planen. Spørsmål om informasjon og medvirkning inngikk som en del av de fleste sakene. De omtalte problemstillingene er gjengangere.

Helseregionen er stor, og det er tilsvarende store avstander mellom befolkning og helseforetak og mellom helseforetak. Henvendelsene til Pasient- og brukerombudet viser at samarbeid mellom helseforetakene og reiser i regionen er komplisert. Den vanskelige økonomiske situasjonen i Helse Nord har preget driften til helseforetakene, noe vi ser igjen i henvendelsene til Pasient- og brukerombudet.

Helse Vest

Pasient- og brukerombudet mottok 1445 saker som omhandlet Helse Vest i 2022. Vi fikk flest henvendelser som gjelder psykisk helsevern for voksne (31 %). Deretter ortopedisk kirurgi (15 %), nevrologi (10 %) og mage/tarm-kirurgi (10 %). Psykisk helsevern til barn og unge står for 7 % av henvendelsene som gjelder Helse Vest.

Hovedårsak til kontakt med oss var selve behandlingstiltaket med 29 %. Videre har vi en rekke henvendelser som gjelder feil, uenighet i, mangelfull eller forsinket diagnostisering, samt klage på oppfølging og ventetid. Det er små forskjeller i tall sammenlignet med tall fra 2021, men vi ser likevel en økning i kontakt grunnet manglende tildeling av tjenester, som står for 9 % av årsak til at Pasient- og brukerombudet blir kontaktet.

Når det gjelder klage på informasjon som kontaktårsak, er tallet lite prosentvis (6 %), men likevel fordoblet fra 2021. Dårlig eller lite informasjon er en stor utfordring for de det gjelder. Uten god nok forståelse for egen helsesituasjon, behandlingstiltak og videre planer blir pasienten en passiv mottaker av tjenester som kanskje ikke følger opp planlagt behandling.

Fastlegekrisen

Kommunene skal sikre at innbyggerne får nødvendige helsetjenester, herunder fastlege. Kommunens plikt til å sikre at alle har tilgang på nødvendige allmennlegetjenester og får forsvarlig helsehjelp, gjelder uavhengig av om behovet er akutt eller ikke. Med dagens fastlegesituasjon er det flere kommuner som ikke kan tilby fastlege til alle.

Saker om fastlegetjenester, utgjorde 20 % av det totale antallet saker Pasient- og brukerombudet mottok i 2022, det samme som i 2021. Henvendelser som omhandler fastlege utgjør 44 % av alle saker hos oss som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester.

I Rogaland gjelder hele 61 % av de kommunale sakene forhold rundt fastlege, mens Møre & Romsdal ligger lavest der henvendelser om fastlege står for 37 % av sakene innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Årsak til henvendelsene om fastlege er i store trekk de samme fra år til år. De vanligste årsakene til at vi blir kontaktet er misnøye eller uenighet rundt behandlingstiltak, medisiner, diagnostisering, henvisning, oppfølging og manglende tilgjengelighet.

Konsekvensene av den nasjonale fastlegekrisen har blitt mer synlig det siste året. Vi blir kontaktet av pasienter som har fått brev fra Helfo om at de er flyttet til en annen fastlege fordi fastlegen deres har sluttet eller på grunn av reduksjon av antallet listepasienter. En del pasienter opplever det tilfeldige uttrekket fra Helfo som svært urettferdig. Vi får tilbakemelding fra pasienter som mener det burde vært en individuell vurdering ved reduksjon av pasientlisten. Det er særlig pasienter med kroniske lidelser og stort behov for god dialog og oppfølging fra fastlege, som synes det er vanskelig å miste sin faste lege. Andre opplever å bli flyttet til en liste uten fast lege. Dersom det ikke er satt inn vikar på denne listen fører det i realiteten til at en står uten fastlege, men kun har et fast fastlegekontor.

Selv om en pasient har fastlege, er det likevel ikke slik at fastlegen alltid er tilgjengelig når pasienten henvender seg. Vi hører om lang ventetid på telefonen, og at første ledige time for konsultasjon først er flere uker frem i tid. Mange av de som er i kontakt med Pasient- og brukerombudet opplever å ikke få fastlege time innen de fem anbefalte virkedager.

I tilfeller der pasienten ikke har en fast lege, møter pasienter typisk leger som ikke kjenner dem fra tidligere, og som heller ikke har hatt eller tatt seg tid til å sette seg inn i pasientens journal. At dette kan føre til vanskelige situasjoner rundt valg av behandlingstiltak bør ikke overraske noen. Vi hører om tilfeller der påbegynt behandling endres av ny fastlege, uten at pasienten forstår

begrunnelsen. Vi hører fra pasienter som opplever at legen trekker deres helseplager i tvil, og tilfeller der pasientens stemme ikke blir hørt.

Fastlegekrisen er en risiko for pasientsikkerheten. Flere av de som er i kontakt med Pasient- og brukerombudet forteller at de er uten fastlege og derfor har forsøkt å få helsehjelp hos legevakt. Vi hører om tilfeller der legevakten har avvist pasienten med begrunnelse om at sykdomstilfellet ikke er akutt nok, og at de derfor ikke er en oppgave for legevakten. Kommunen ivaretar da ikke sitt ansvar med å sikre alle som oppholder seg i kommunen forsvarlig helsehjelp, og risiko for at alvorlig sykdom ikke oppdages er økt.

Som følge av manglende fastlegedekning har mange kommuner opprettet lister uten fastlege der listene ivaretas av en til flere vikarleger. En kartlegging utført av Allmennlegeforeningen viste at 1 av 24 pasienter stod på slik liste per 01.09.2022. Pasienter som ikke har fast lege over tid har større risiko for legevaktbesøk, akutte sykehusinnleggelser og tidlig død. Dette sier noe om fastlegens betydning for folkehelsen. Fastlegekrisen rammer særlig de pasientene som har sammensatte og/eller langvarige lidelser, og som har et spesielt stort behov for kontinuitet og oppfølging over tid.

Mangelfull fastlegedekning og lange ventelister gir begrenset mulighet til å velge fastlege, slik pasient- og brukerrettighetsloven stadfester. I dag kan en fastlege ha flere års ventetid, og i mange kommuner finnes det ikke leger med ledige plasser. Det gjør at retten til å velge fastlege ikke er reell for mange pasienter.

Pasient- og brukerombudet er særlig bekymret for de mest sårbare pasientene som står uten fastlege, og heller ikke har råd til å kjøpe private helsetjenester. Dagens fastlegesituasjon kan føre til at de som ikke har midler til å skaffe nødvendig helsehjelp, får mangelfull oppfølging og dårligere helse enn andre.

Pasient- og brukerombudet erfarer flere steder at det er mangelfull informasjon til innbyggerne om både situasjonen på fastlegekontorene og mulige løsninger for å få legehjelp. Vi har blant annet etterspurt mer og bedre informasjon til innbyggerne om hvor pasienter kan få legetime når de ikke har fastlege. Vi erfarer store ulikheter hos kommunene for hvordan de sikrer innbyggerne nødvendig informasjon. Mangelfulle systemer fører til en risiko for at pasienter uten fastlege ikke fanges opp og ivaretas.

Pasient- og brukerombudet ble kontaktet av en person som hadde hatt seks forskjellige fastleger de siste tre årene. Vedkommende var sykemeldt fra arbeidet sitt og ventet på utredning. På grunn av manglende kontinuitet i oppfølgingen og ulike syn på pasientens symptomer gikk det mange måneder uten at pasienten ble utredet. Vedkommende valgte til slutt å benytte seg av et privat tilbud, der det ble sendt henvisning til utredning i spesialisthelsetjenesten. Dette førte til at pasienten fikk utført nødvendig operasjon kort tid etter.

En døende pasient på sykehjem fikk ikke tilstrekkelig palliativ behandling fordi sykehjemslegen hadde sluttet, det var ingen leger tilgjengelig noe sted, legevakt hadde ikke kapasitet og til slutt måtte sykehjemmet ringe 113. Ved hjelp av ambulanse og en sykehuslege som ikke kjente pasienten fikk pasienten foreskrevet nødvendige medikamenter. Pasienten hadde store lidelser de timene dette pågikk.

På tross av mange dystre eksempler på dårlig fungerende systemer og mangelfulle tjenester, er det viktig å understreke at det også gjøres mye bra for å finne løsninger, og at det jobbes kontinuerlig med å skaffe forsvarlige legetjenester til alle.

Psykisk helsetjeneste

Pasient- og brukerombudet har de siste årene hatt en økning i henvendelser innen psykisk helsehjelp. Også i 2022 var psykisk helsehjelp det området vi mottok flest henvendelser på i spesialisthelsetjenesten. I år utgjorde utfordringer innen psykisk helsehjelp hele 28 % av alle sakene våre.

Vi blir kontaktet av pasienter eller pårørende som forteller om at de har fått avslag på søknad om psykisk helsehjelp. Psykisk helsetjeneste står for en høyere andel klager på manglende tildeling av tjenester enn de andre spesialitetene i spesialisthelsetjenesten. Vi hører om mangel på døgnplasser og mangel på poliklinisk kapasitet. Antall henvisninger ser ut til å ha økt uten tilsvarende økning i kapasitet. Pasienter og pårørende opplever at pasientene må bli enda sykere før de får hjelp i spesialisthelsetjenesten, og at kommunen i mellomtiden ikke har tilpassede tilbud. Vi blir også kontaktet av pasienter som opplever at behandlingen i spesialisthelsetjenesten avsluttes for raskt.

Lang ventetid er en utfordring, og flere av de som kontakter oss oppgir at de ikke får benyttet seg av retten til fritt behandlingsvalg. Fra 1.1.2023 vil ikke lenger virksomheter med Helfo-avtale være tilgjengelig for valg, som et resultat av endring i lov om valg av behandlingssted. Om eller hvilke konsekvenser dette vil få vet vi ikke ennå, men vi er bekymret for at pasientene i ulike deler av landet ikke vil få likeverdige tilbud.

En stor del av sakene vi får som omhandler psykisk helse er knyttet til selve behandlingen. Flere steder i landet mangler tjenesten kvalifiserte behandlere. Det får konsekvenser for kvaliteten på tilbud til flere diagnosegrupper. Enkelte pasienter opplever både hyppig bytte av behandlere, at utredningen og oppfølgingen ikke blir god nok og at de skrives ut for raskt etter innleggelse.

Pasient- og brukerombudet har flere saker der samhandling og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har sviktet, og der det ikke har blitt gitt tilbud om kontaktlege, koordinator og Individuell plan.

Det er en økende bekymring at flere pasienter ikke har oppfølging fra fastlege samtidig som det er mangel på godt utbygde tjenester til pasienter med psykiske lidelser i kommunene. Det er store variasjoner på hvilke tilbud som finnes i kommunene, og forskjellene er store mellom by og land. For eksempel er det flere kommuner som ikke har lavterskeltilbud som rask psykisk helsehjelp, eller tilgang til oppfølging fra ACT/FACT-team for de med mer alvorlig og sammensatt psykisk sykdom. Flere kommuner mangler tilbud om oppfølging/bistand på kveld og natt, og pasientene blir henvist til legevakt når de opplever en forverring eller trenger noen å snakke med. Forskjellene setter retten til et forsvarlig og likeverdig tilbud på prøve.

I flere av sakene våre snakker vi med pårørende som er slitne, og som forteller om stor omsorgsbyrde. De får ikke ivaretatt sine rettigheter i tilstrekkelig grad, og blir ikke alltid anerkjent som den ressursen de er for pasienten. Psykisk uhelse hos en pasient påvirker livet og helsen også til de pårørende på en negativ måte, og flere blir sykemeldte selv eller får økonomiske utfordringer.

Spesialiserte tilbud og vanskelige prioriteringer

Kvaliteten på tjenester innen psykisk helsevern er avhengig av god samhandling mellom nivåene, tilstrekkelig og relevant kompetanse, og god koordinering for den enkelte pasient.

Flere av de lokale kontorene hos Pasient- og brukerombudet har opplevd en økning i antall henvendelser fra voksne med ADHD-symptomer som får avslag på henvisning til DPS. Avslaget er gjerne begrunnet med at symptomene ikke er alvorlige nok, og at de "fungerer for godt". Dette står i sterk kontrast til pasientens egen opplevelse av funksjonsnivå. Pasienter risikerer å ikke få behandling verken i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten dersom de to nivåene gjør ulike vurderinger mht. alvorlighetsgrad og hvor pasienten bør behandles. Samhandling og kommunikasjon mellom nivåene vil være viktig for å trygge pasientsikkerheten.

Pasient- og brukerombudet erfarer at det flere steder i landet er mangel på tilbud til grupper som trenger enheter med spesialkompetanse, eksempelvis alvorlige spiseforstyrrelser og autismspekterforstyrrelser. Vi er opptatt av at tjenestene må jobbe sammen for å nyttiggjøre seg kompetansen som finnes på en slik måte at den kommer pasienter over hele landet til gode. Dette vil kreve innovativ tenkning og samhandling, men vil være viktig for å sikre et forsvarlig og likeverdig helsetilbud, uavhengig av hvor i landet man bor.

Vi har flere pasienter og pårørende som kontakter oss fordi de mener pasienten skrives ut for tidlig fra spesialisthelsetjenesten, og fordi de mener kommunen ikke har tilstrekkelig kompetanse eller kapasitet. Tilbakemeldingene Pasient- og brukerombudet får, samsvarer med Riksrevisjonens rapport fra 2021 der de undersøkte psykiske helsetjenester.

Har alle lik tilgang til helse- og omsorgstjenester?

Når vi rammes av sykdom, er det viktig for oss å få helsehjelp til riktig tid, på riktig sted, gitt av kvalifisert helsepersonell. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rettigheter som skal sikre et forsvarlig pasientforløp, helt fra første kontakt med helse- og omsorgstjenesten, via undersøkelser, behandlinger, rehabilitering, kontroller og kommunale tjenester. Alle skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester, uansett bosted eller livssituasjon.

Helsekompetanse

For å få tilgang til et likeverdig helse- omsorgstjenestetilbud, er kunnskap om rettigheter og klageregler avgjørende. I takt med at informasjonen blir mer digitalisert og lettere tilgjengelig, øker også forventningene om at pasienter, brukere og pårørende selv finner den informasjonen de har behov for. Helsekompetanse handler om å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon. Her står individets ressurser, evner og forutsetninger på den ene siden og helsesystemets kompleksitet på den andre siden. Dersom systemene vi manøvrerer i er komplekse, vil selv den mest kompetente personen ha lav helsekompetanse.

Vi har i dag en helseforvaltning med mange virksomheter og ulike oppgaver på flere nivå. Det store antallet henvendelser til Pasient- og brukerombudet, viser at det for mange er krevende å finne frem til og nyttiggjøre seg de ulike tjenestene. I et pasientforløp er det mange situasjoner hvor helsekompetanse har betydning.

Pasienter beskriver til oss at de ikke vet hvilket behandlingsforløp som er planlagt for dem, hvem de skal forholde seg til når de har spørsmål, hvor mange utsettelse eller forsinkelser de må akseptere, hvordan de kan gå fram dersom de vil protestere, hvilke alternativ som er aktuelle og tilgjengelige for dem, og hvilke konsekvenser de ulike situasjonene og valgene kan få.

Pasient- og brukerombudet blir fortalt historier der pasienter og brukere opplever at de ikke har fått den informasjonen som er nødvendig for å sikre reell medvirkning. Typiske situasjoner oppstår ved endringer underveis i et pasientforløp, der informasjonen gitt på forhånd ikke lenger stemmer og oppdatert informasjon uteblir.

Eksempler på problemstillinger der manglende helsekompetanse og manglende informasjon er en av årsakene til kontakt med Pasient- og brukerombudet:

- Det tar lang tid å få svar på henvisning til spesialisert helsehjelp.
- Det er usikkerhet knyttet til hvilken helsehjelp som er aktuell eller tilgjengelig for pasienten.
- Pasienten får oppgitt en ventetid som oppfattes å være standardisert og ikke vurdert opp mot den enkelte pasient sin helsetilstand og livssituasjon.
- Kapasitetsutfordringer oppgis som begrensning uten at det kommuniseres hvorvidt dette er forsvarlig ut fra pasientens individuelle behov.
- Pasienten blir ikke informert om hvilke handlingsalternativer som finnes.
- Det settes ikke av tilstrekkelig tid til å informere eller trygge pasientene og deres pårørende når det oppstår uforutsette situasjoner, for eksempel ved lang tid for tolkning av billeddiagnostikk.
- Pasienter opplever at de blir "flyttet" mellom sykehus i regionen uten at de blir informert eller har gitt samtykke til dette.
- Saksbehandling i kommunehelsetjenesten følger ikke regelverket, og pasientene kan miste viktig informasjon og klagemulighet.

Helsepersonell har plikt til å informere pasientene og brukerne om hvilke rettigheter de har. Vi erfarer imidlertid at organisatoriske forhold i helse- og omsorgstjenesten, manglende kjennskap til, forståelse av, respekt for eller etterlevelse av pasient- og brukerrettighetene kan skape utrygghet, frustrasjon, mistillit, og for noen et lengre sykdomsforløp enn nødvendig.

Vi har en befolkning med store variasjoner i helsekompetansen. Det fører til sosiale ulikheter der pasienter med god helsekompetanse lettere får tilgang til den helsehjelpen de mener de har behov for.

Kommunikasjon og samvalg

Pasient- og brukerombudet mottar mange henvendelser om vanskelig kommunikasjon, og mye misnøye over helsetjenesten kan spores tilbake til kommunikasjonssvikt. Det kan være for lite, for sen, for uklar kommunikasjon eller en kombinasjon av disse.

Retten til medvirkning er en lovfestet rett, og henger nært sammen med kommunikasjon, retten til informasjon og helsekompetanse. Medvirkning omtales gjerne som "samvalg" av helseforetakene. Samvalg er aktuelt i medisinske og helsefaglige beslutninger som innebærer valg mellom flere tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativer, der pasientens egne prioriteringer er viktige. Samvalg skal sikre at helsepersonell gir tilstrekkelig, presis og relevant informasjon om hva pasienten kan forvente av alternativene, og helsepersonell får kunnskap om hva som er viktig for pasienten.

God kommunikasjon er en forutsetning for å kunne gi forsvarlig og nødvendig helsehjelp. God kommunikasjon kjennetegnes ved at pasienten føler seg forstått og at problemene tas på alvor. Tidspress, konsultasjoner som avbrytes av telefoner og fokus på tekniske hjelpemidler fremfor pasienten, kan ødelegge kommunikasjonen. Dårlig kommunikasjon skaper utrygghet hos den enkelte, svekker tilliten og kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko.

Valg av behandlingssted

En viktig pasientrettighet er retten til å velge behandlingssted.

Flere pasienter som ønsker å bruke denne rettigheten, opplever at valgfriheten er begrenset. De opplever avslag på behandling ved andre sykehus enn sitt lokalsykehus både innenfor egen helseregion og spesielt i andre helseregioner. Begrunnelsen for avslag er gjerne at behandlingsstedet må prioritere pasienter innen eget ansvarsområde. Fastleger opplyser at det er bortkastet å sende henvisning til annet helseforetak fordi de returneres med beskjed om at henvisningene må sendes lokalt sykehus. Gjestepasientbudsjettene påvirker muligheten til å velge annet behandlingssted.

Pasient- og brukerombudet får henvendelser som bekrefter at pasientene i for liten grad informeres om retten til å velge behandlingssted. De vet ikke hvordan de skal gå frem for å velge eller bytte behandlingssted, og de får ikke alltid informasjon om at det er klagerett på et eventuelt avslag.

De tre eksemplene under er typiske historier vi blir fortalt:

- Pasient som mottar behandling ved et sykehus på et høyere behandlingsnivå, overføres til sitt lokalsykehus basert på bosted, uavhengig av om pasienten ønsker dette eller ikke. Helsepersonell forteller om en oppfatning internt i sykehusene at dette er en instruks som ikke skal fravikes.
- Pasienter bosatt i områder hvor det ikke er samme tilgang på spesialisert helsehjelp som i andre deler av landet, avvises fordi de tilhører "feil" helseregion.
- Henvisninger som sendes til annet sykehus enn pasientens lokalsykehus, returneres til henviser uten at informasjon om klagerett eller begrunnelse oppgis.

Fristbrudd

Mange pasienter står lenge i kø og venter på undersøkelser, behandling, kontroller eller rehabilitering. Det er store kapasitetsproblemer flere steder. For å utnytte kapasiteten bedre, og redusere ulikhetene mellom de som står i de ulike helsekøene, er det etablert et tiltak gjennom fristbruddordningen. Dersom sykehusene ikke får gitt pasientene et behandlingstilbud innen frist, foreligger det et fristbrudd, og sykehusene pikter å melde fra til Helfo. Helfo skal håndtere kontakt med pasientene og formidle behandlingstilbud ved et annet sykehus.

Vi erfarer at sykehusene i varierende grad melder fra til Helfo om disse fristbruddene. Av de meldte fristbrudd til Helfo synes det dessuten å være et begrenset antall pasienter som gjennom denne ordningen faktisk gjennomfører behandlingen ved annet behandlingssted enn der de står i kø.

Pasienter vi er i kontakt med er utrygge på konsekvensene av å gå ut av en kø og over i ny kø, og de frykter økt belastning dersom pasientforløpet ikke blir som forventet på et sykehus lenger unna. Skal fristbruddordningen fungere etter hensikten må tjenestene følge opp sine plikter og pasientenes rettigheter i langt større grad enn hva vi ser i dag. Pasientene må informeres om ordningen på en måte som gjør at de får mulighet til å påvirke egen situasjon.

Dersom retten til informasjon og rett til samvalg ikke oppfylles, rett til valg av behandlingssted og muligheten til overføring til annet sykehus ved fristbrudd ikke fungerer tilstrekkelig eller er reelle rettigheter for pasientene, har ikke befolkningen lik tilgang til helsetjenester. Helsemyndighetene må gjennom sine styrende dokumenter stille krav til helseforetakene om at de sørger for at disse rettighetene blir oppfylt, uavhengig av helsekompetanse, bosted og livssituasjon. Ordninger som ikke fungerer etter sin intensjon, må revideres og eventuelt erstattes av mer målrettede og effektive tiltak.

Klage

Dersom en pasient blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette av helsetjenesten selv. Det er lovfestet at pasienten samtidig skal informeres om muligheten for å søke erstatning hos Norsk Pasienterstatning (NPE), samt om muligheten til å henvende seg til Statsforvalter og be om tilsyn. Det er også lovfestet at pasientene skal informeres om muligheten til å henvende seg til Pasient- og brukerombudet.

Informasjon om klagemuligheter og hvordan gå frem for å klage, kan være vanskelig tilgjengelig. Det er viktig at informasjon gis muntlig og skriftlig. Både spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste bør legge til rette for en enkel, lavterskel løsning for å klage på sine nettsider, og sikre at samme informasjon er tilgjengelig for de ikke-digitale. Det bør også opplyses om hva en kan oppnå ved å klage.

I kombinasjon med mangelfull informasjon om klager og klagebehandling, blir en viktig rettssikkerhetsgaranti satt på spill når kommuner ikke følger offentlige saksbehandlingsrutiner godt nok. Pasient- og brukerombudet mener flere kommuner har for dårlige saksbehandlingsrutiner. I tillegg er det stor variasjon fra kommune til kommune. Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven følges ikke godt nok i flere saker vi er kjent med. De viser at muntlig saksbehandling, lang saksbehandlingstid, mangel på forsvarlig utredning og medvirkning, vurderinger og begrunnelser, mangel på lovhenvisninger, og at klager ikke sendes videre til Statsforvalter, er feil som gjentar seg. Når ikke reglene for formell saksbehandling i kommunene blir fulgt, utgjør dette en trussel for pasientsikkerheten. Dersom kommunen selv ikke kjenner til eller praktiserer regelverket, hvordan sikre at pasienter og pårørende ivaretatt sine rettigheter?

Pasient- og brukerombudet bistår i en del klager som omhandler ugrei oppførsel hos helsepersonell. Sakene handler for eksempel om situasjoner der pasienten opplever at spørsmål oppfattes som personlig kritikk overfor helsepersonellet, og responderer med forsvar eller avvisning. Vi ser også at kritikk eller klager fra pasienter og pårørende kan møtes med "skinn-beklagelse" der pasientens opplevelser beklages, fremfor å beklage at helsepersonellet ikke klarte å gjøre jobben på en slik måte at pasienten opplevde seg godt ivaretatt og trygg. Ikke sjelden ser vi at en uheldig hendelse eller uheldig samtale forklares med dårlig tid.

Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere kan være et verdifullt bidrag til at helsepersonell blir enda bedre på å se resultatet av det de gjør og hvordan deres kommunikasjon oppleves for pasientene. På denne måten kan man i større grad lykkes i å nå målet om å gi alle trygge og forsvarlige tjenester. En god samtale tar ikke nødvendigvis lenger tid enn en dårlig samtale.

Barn og unge

Pasient- og brukerombudenes fokusområde; Ungdom 16–20 år

I 2021 og 2022 hadde Pasient- og brukerombudet økt fokus på barn og unge, både for å gjøre oss kjent med brukergruppen og deres utfordringer, i tillegg for at de skal kjenne til oss for å få hjelp ved behov. Valget ble gjort fordi denne aldersgruppen i liten grad tar kontakt med oss på egne vegne. Den helseerettslige myndighetsalderen er 16 år, noe som betyr at ungdom som har fylt 16 år har rett til å få informasjon og ta avgjørelser om egen helse.

Vi har vært i kontakt med en rekke instanser som jobber tett med ungdom, som helsesykepleiere, psykologer, videregående skoler, mobbe- og elev- og lærlingeombud, ungdomshelsestasjoner, ungdomspolitikere, habiliteringstjenester og ulike brukerorganisasjoner. Det har også vært avholdt møter med ungdomsrådene i spesialisthelsetjenesten, i flere kommuner og ungdomsråd i ulike pasientorganisasjoner. Det er også etablert et samarbeid mellom Pasient- og brukerombudet og ulike regionale elev-lærling og mobbeombud.

Kontaktpunktene og samarbeidet har gitt oss viktige innspill på hva ungdom opplever som vanskelig og problematisk om helse, sykdom og oppfølging fra helsetjenesten.

Ung.no

Pasient- og brukerombudet startet et formelt samarbeid med UNG.no høsten 2021. I dag er vi etablert som en del av nettsidens svartjeneste med en tverrfaglig gruppe på seks medarbeidere fra flere av våre lokalkontor. I 2022 besvarte vi over 120 ulike helseerettslige spørsmål som ungdommer har sendt inn via nettsiden. UNG.no hadde i 2021 i overkant av 21 millioner besøk, og fikk inn 104.000 spørsmål fra barn og unge. Vi ser på Ung.no som kanskje den viktigste plattformen Pasient- og brukerombudet kan være tilsluttet for å komme i kontakt med ungdom.

Barn og unges fysiske og psykiske helse

Kapasiteten i kommunene er ikke alltid stor nok til å komme i gang med tiltak for unge som har det vanskelig på et tidlig tidspunkt, og problemer kan rekke å vokse seg store før de blir tatt tak i. Kroniske lidelser og sykdom med sammensatte behov krever samhandling og tjenester fra ulike nivå i helsetjenesten. Det kreves planlegging og samarbeid slik at tilbudet til pasienten blir koordinert og helhetlig. Vi ser at dette ikke alltid blir gjort. Unge forteller om lange ventetider, mangel på samhandling og koordinering av helsetilbudet og mangel på individuell plan.

Noen barn og unge trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten, mens andre kan bli godt hjulpet uten spesialiserte og diagnosebaserte tjenester. Lavterskeltilbud

nærme der de unge befinner seg, kan gi raskere respons og økt mulighet for tilpasning og tilrettelegging.

Pasient- og brukerombudet får tilbakemelding om for lite ressurser til å dekke barn og unges behov. Få døgnplasser for ungdom gjør det vanskelig å komme raskt til behandling. Ungdom opplever at kriseteamet de er i kontakt med stenger ned i ferier slik at de i perioder står uten støtte.

Det er mangel på helsepersonell med kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatri i hele landet. Vi er bekymret for at kommuner ikke er godt nok i stand til å forebygge eller behandle lidelser, fordi de ikke har nok personale og riktig kompetanse.

Pasient- og brukerombudet erfarer et økende antall henvendelser der henvisning til BUP er avvist. Barn og unge er ekstra utsatt og sårbare for brudd i behandlingsrelasjoner, utsettelse og lite forutsigbarhet. Forsinkelser kan få store konsekvenser for helsetilstand, familien som helhet, i tap av skolegang og sosiale relasjoner. Pasienter får avbrudd i utredning og behandling ved ferieavvikling og sykefravær der det ikke settes inn vikar. Noe som kan bety at de unge mister tillit og motivasjon for behandling i BUP, og at de indirekte fratras helsehjelp de er vurdert å ha behov for.

Retten til barnekoordinator

Pasient- og brukerombudet erfarer i flere tilfeller at familier som har barn med funksjonsnedsettelse, selv må finne ut av tjenestene som finnes, og hvilket regelverk som gjelder for deres situasjon. Ment til å hjelpe disse familiene, har det kommet en ny rettighet til barnekoordinator, hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven.

Til forskjell fra en vanlig koordinator vil en barnekoordinator i tillegg til å koordinere helse- og omsorgstjenester, også koordinere mot andre velferdstjenester. Pasient- og brukerombudet mener at informasjon om rett til barnekoordinator og innholdet i denne tjenesten ikke er godt nok kjent.

Avlastning for familier med barn som har funksjonsnedsettelse

Pasient- og brukerombudet erfarer at tilbudet som gis til brukere av kommunale tjenester varierer geografisk, og ikke er i tråd med at brukere skal sikres likeverdige tjenester av god kvalitet uavhengig av hvor man bor. Vi ser at flere kommuner mangler egne barneboliger som kan brukes ved behov for avlastning. Noen kommuner kjøper tilbud i andre kommuner, med den konsekvens at barnet under avlastning bor langt unna foreldrene.

Egenandeler

Unge mellom 16 og 18 år betaler egenandel hos legen. Dette gjør det vanskelig å kunne oppsøke helsehjelp uten å måtte spørre foresatte om penger til å betale for helsehjelpen. Antall besøk hos fastlegen stuper etter fylte 16 år, noe som ikke nødvendigvis speiler de unges behov for helsehjelp. Vi mener at mange unge ikke har en reell mulighet til å få helsehjelp uten foresattes viten. Det er viktig å revurdere regelverket for egenandeler for å sikre de unges rett til nødvendig helsehjelp.

Samhandling og koordinering av tjenester

Pasient- og brukerombudet får hvert år stadig henvendelser om manglende koordinering både internt på sykehusene og mellom sykehus og kommunale tjenester.

Samhandling internt på sykehus

Rundt 10 % av sakene vi mottok i 2022 om spesialisthelsetjeneste, gjaldt manglende eller dårlig oppfølging og mangelfullt internt samarbeid.

Vi erfarer at sviktende informasjonsflyt, manglende kontinuitet og uklare ansvarsforhold er medvirkende årsaker til at ikke alle pasientforløp fungerer etter planen.

Pasienter med kompleks helsetilstand trenger helhetlig og koordinert helsehjelp. Mange opplever imidlertid at hjelpen er fragmentert, og at det blir tatt beslutninger uten at pasientens komplekse tilstand er vurdert samlet. Spesialistene skal avdelingsvis ha oppmerksomhet rettet mot sitt fagfelt, men systemet må være tilrettelagt slik at man sikrer et helhetlig perspektiv på behandlingen.

Vi ser at det kan være en fare for pasientsikkerheten når:

- forsinkelser i tolkningen av prøvesvar fører til forsinkelser i behandling.
- viktig pasientinformasjon ikke videreformidles mellom avdelingene og behandler ikke har oppdatert informasjon.
- dårlig informasjonsflyt fører til forsinkelser og misforståelser.
- det er skott mellom avdelingene, og ingen har eller tar et klart ansvar for pasienten og fremdriften i behandlingen.

Avdøde Steinar Pedersen, tidligere leder av Nasjonalt senter for telemedisin, beskrev sin pasientopplevelse slik i en kronikk på nrk.no juni 2022:

Jeg ble satt på vent. Kanskje til og med glemt.

Jeg får ikke tak i noen som kan fortelle meg om jeg har, eller ikke har, kreft.

Pasient- og brukerombudet erfarer at faglige og kulturelle barrierer kan stå i veien for informasjonsutveksling og samarbeid mellom sykehusavdelinger. Ansvar for å bygge ned slike barrierer ligger hos sykehusledelsen. Spesialiseringen innenfor ulike fagfelt krever at sykehusene har stort fokus på å ivareta det grunnleggende ansvaret for pasientene, uavhengig av om en eller flere avdelinger deltar i behandlingsforløpet. For pasientene vil godt samarbeid mellom avdelinger kunne være ensbetydende med forsvarlig helsehjelp.

Det er en kjensgjerning at kontaktlege- og koordinatorordningene benyttes i for liten grad ved landets helseforetak. Dette er lovpålagte oppgaver som skal bidra til nettopp intern samhandling. Vi forventer at helseforetakene gir arbeidet med å styrke disse ordningene prioritet og fremdrift.

Samhandling mellom tjenestenivåer og mellom ulike sykehus

Pasient- og brukerombudet ser i mange saker at samhandlingen mellom ulike steder i spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste ikke fungerer godt nok. Manglende samhandling mellom tjenestenivåene kan medføre at pasienter ikke får forsvarlige og koordinerte tjenester, og kan i enkelte tilfeller utgjøre en stor pasientsikkerhetsrisiko.

I våre saker ser vi at:

- noen pasienter skrives ut fra sykehus for så å raskt bli re-innlagt, andre pasienter blir liggende lenge på sykehus i påvente av kommunalt tilbud.
- pasienter kan få oppfølging og behandling på flere sykehus for samme lidelse uten at behandlende personell har tilstrekkelig informasjon om de ulike behandlingstiltakene.
- ungdom opplever å få avslag fra spesialisthelsetjenesten med begrunnelse at de kan få behandling i kommunal helsetjeneste samtidig som kommunen sier de ikke har et passende tilbud.
- lovpålagte ordninger med koordinator og individuell plan fungerer ikke i praksis.

Har du spørsmål til innholdet i vår årsmelding?

Ring oss på 40 50 16 00

eller finn kontaktinformasjon direkte til våre lokalkontor på

pasientogbrukerombudet.no



Pasient- og brukerombudet



MØTEREFERAT

Utvalg: Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Breivika - Møterom D1-707
Dato: 01.03.2023 kl 08.30-13.55

Tilstede: Terje Olsen leder
Nina Nedrejord (på Teams)
Nina Benjaminsen
Ulf J Bergstrøm
Lisbeth Dyrstad
Thomas Engelskjøn
Ingolf Kvandahl
Margrethe Larsen
Gudmund R Johansen

Forfall: Esben Haldorsen
Sidsel Haldorsen

Fra adm.: Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen
Administrasjonskonsulent Hilde A. Johannessen (referent)

Saksliste

BU-01/23 Godkjenning av innkalling og saksliste
Innkalling og saksliste ble gjennomgått. Sak BU-03/23 *Brukerrepresentantens rolle* utsettes. En sak til *Eventuelt*.

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste.

BU-02/23 Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 14.12.2022
Referatet er gjennomgått.

Vedtak Referatet ble godkjent.

BU-03/23 Brukerrepresentantens rolle
Saken settes opp i et senere Brukerutvalgsmøte.

Vedtak: Brukerutvalget utsetter saken.

BU-04/23 Orientering om UNNs håndtering av demente pasienter og pasienter med kognitiv svikt

Seksjonsleder og overlege Gunhild Ag ved geriatrisk seksjon og klinikkssjef David Johansen fra Medisinsk klinikk orienterte.

De ansatte ved UNN trenger målrettet informasjon og enkle kjørelinjer vedrørende pasienter med demens og kognitiv svikt, samt generell kunnskap til alle ansatte. Akuttmottaket ved UNN har igangsatt tiltak der akutt- og mottaksmedisinere tar imot pasienter og stiller diagnose. De vurderer særskilt eldre som kommer inn med tanke på demens og kognitiv svikt.

Presentasjon er vedlagt referatet.

Vedtak

1. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.
2. Brukerutvalget er fornøyd med at UNN har fokus på demensomsorg med henhold til kunnskap og rutiner.
3. Brukerutvalget er opptatt av at UNN fortsetter sitt arbeid med å bedre ivaretagelse av personer med demens og kognitiv svikt.

BU-05/23 Direktørens time

Konstituert viseadministrerende direktør Einar Bugge informerte og svarte ut innspill fra Brukerutvalget:

1) Konsekvenser for ventetider og utsettelse på grunn av infeksjoner og stort press på innleggelse. Hva er status på UNN?

Etter pandemien har UNN ca 70 dagers ventetid. Det er størst ventetid ved poliklinisk konsultasjon og psykisk helse voksne.

2) Status vedrørende funksjonsfordeling i helseforetakene

Det ble vist til styresak i Helse Nord RHF av 23.02.2023 Sak 11/2023 *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*. Se vedtaket, spesielt punkt 3 c):

Omprioritering av ressurser fra døgnkontinuerlige tilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet samt til planlagt pasientbehandling.

I tillegg orienterte konstituert viseadministrerende direktør om

Helsepersonellkomisjonen NOU 2023:4 - Tid for handling:

Formålet:

Etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet på kort og lang sikt.

Gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse mot 2040 i lys av sentrale utviklingstrekk og behovet for å ivareta en bærekraftig sammenhengende helse – og omsorgstjeneste(...).

Brukerutvalget behandler høringssaken i møte 22.03.2023.

Presentasjon er vedlagt referatet.

- Vedtak:**
1. Brukerutvalget takker for orienteringen fra konstituert viseadministrerende direktør Einar Bugge.
 2. Brukerutvalget ønsker å komme tilbake til høringsuttalelse i *Tid for handling* og til videre framdrift i saken om Helse Nord.
 3. Brukerutvalget ber om å bli involvert i prosessen med Helse Nord framover, for eksempel med deltakelse i arbeidsgrupper.
 4. Brukerutvalget er ikke fornøyd med utviklingen av ventetider. Brukerutvalget ber om at det arbeides målrettet med å få redusert ventetiden i UNN.

BU-06/23 **Årsrapport Brukerutvalget UNN**
Brukerutvalget gjennomgikk årsrapporten og hadde ingen nye innspill til endringer.

Vedtak Brukerutvalget vedtar årsrapporten som den foreligger.

BU 07/23 **Oppdragsdokument 2023**
Oppdragsdokument 2023 ble overlevert i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) den 08.02.2023, og inneholder prioriteringer og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og styret i Helse Nord RHF. Det er spesielt fokus på rus og psykisk helse.

Vedtak Brukerutvalget tar *Oppdragsdokument 2023* til orientering.

BU-08/23 **Pasientreiser**
Ny leder i Pasientreiser, Frode Hvalryg, orienterte.
Pasientreiser avdeling Tromsø: Alle medarbeiderne kjenner til avstander, men ikke lokalt. De benytter gule sider og trafikale løsninger som finnes på nett som hjelpemidler.

Det er personalet på den enkelte avdeling som avgjør hvordan pasienten skal reise. Hver enkelt avdeling har plikt til å gi beskjed til Pasienteiser om rekvisisjon er nødvendig. Henvendelsen registreres i et eget program. Avdelingene ved UNN har et ansvar for at alle nyansatte gjennomfører et e-læringskurs mht rekvisisjon og reiser.

Alle mottatte avvik sendes direkte til leverandører med frist for å svare. Fast regel ved bestilling av Pasientbuss: Bestilling må gjøres dagen før avreise. Åpningstid Pasientreisekontoret: kl 0800-1600. Deretter overtar UNNs sentralbord enkelte oppgaver.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-09/23 Handlingsplan 2023-2024 – revidering 2023

Etter forslag fra brukerrepresentant Nina Nedrejord, reviderte Brukerutvalget Handlingsplan for Brukerutvalget UNN 2023-2024, Punkt 3 første strekpunkt:

- Brukerutvalget er aktiv deltakende i prosjekt, forskning, arbeidsgrupper, faste forum o.a.

Vedtak: Revidert Handlingsplan for Brukerutvalget UNN 2023-2024 godkjennes.

BU-10/23 Orienteringssaker**BU-10/23-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper****BRUKERUTVALGET UNN – PROSJEKTER, UTVALG OG ARBEIDSGRUPPER**

Navn	Aktivitet/prosjekt	Status/merknader
TERJE OLSEN terje.olsen@unn.no Mobil: 92 46 72 14	1.Styret ved UNN (vara - Esben Haldorsen)	Ordinære styresaker til behandling.
	2.Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU) (vara - Esben Haldorsen)	Samarbeidsarena mellom UNN og kommunene. Felles planlegging av kommunene og spesialisthelsetjenesten. Partnerskapsmøte i april.
	3.Sykehusapotekets brukerutvalg (vara - Lisbeth Dyrstad)	Nytt brukerutvalg opprettet. Hadde omvisning med god orientering. Hvordan sikre legemiddelprodusering.
	4.Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K (Styringsgruppe K3K og NOR)	Arbeidet har stoppet opp foreløpig.
	5.FSU Rekruttering og stabilisering (vara - Kirsti Baardsen)	Gøril Bertheussen. Rekruttering og stabilisering av helsepersonell. Sendt ut en liste til kommuner og sykehus med tiltak for å rekruttere og stabilisere.
	6. Porteføjestyret	Nye pågående prosjekter: Nye Åsgård, ny intensivavd, kjøkkenet. Prosjekter meldes inn til dette styret dersom det er stort nok.
ESBEN HALDORSEN Esben@marborg.no 99 56 00 47	7.Nye UNN Narvik – BU-repr. (vara i styringsgruppen)	
	8.Fondsstyre for Barnefond UNN Narvik	Merete Kristiansen, Narvik sykehus
	9.Kvam-utvalg Akuttmedisinsk	Klinikkjef Jon Mathisen.

<p>NINA NEDREJORD Ninanedrejord@gmail.com 95 73 38 44</p>	<p>klinikk (vara – Thomas Engelskjøn)</p>	<p>Mye mht arbeidsmiljø. Ambulansetjenesten Kjøpsvik – sirkulering av personell på de 3 ulike stasjoner. Ambulansestasjonen i Kjøpsvik skal bemannes med personell fra Narvik etter turnus.</p>
	<p>10.Kvam-utvalg Psykiatri- og rusklinikken (vara – Nina Benjaminsen)</p>	<p>Klinikkchef Eirik Stellander. Endringsprosesser mht effektivisering i gang. Sporetiltak, handlingsplaner utarbeides. Brannvern. Velferdsfond til pasienter.</p>
	<p>11.Prehospitalt sepsisregister og forskningsprosjekt (vara – Ulf J Bergstrøm)</p>	<p>Ikke hørt noe.</p>
	<p>12.Referansegruppe til prosjekt Brukerbanken (vara – Kirsti Baardsen)</p>	<p>Merethe Saga Lønnum kalles inn til BU ved første anledning.</p>
	<p>13.Samisk kompetansegruppe – arbeidsgruppe (vara - Ingolf Kvandahl)</p>	<p>Inger Lise Ebeltoft. Første møte i mai. Skal lage en handlingsplan.</p>
<p>NINA BENJAMINSEN Nina.benjaminsen@unn.no 94 98 76 86</p>	<p>14.Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø-konseptfase-observatør til overordnet medvirkn.gruppe (og Margrethe Larsen)</p>	<p>Tor-Arne Hanssen. Møte 17.01.2023 Konseptfasen er avsluttet. Videre arbeid følges opp av linjeledelsen.</p>
	<p>15.Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe</p>	<p>Ikke hørt noe.</p>
	<p>16.Utvikling av tilbud til voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer</p>	<p>Ikke hørt noe.</p>
	<p>17.FSU Psykisk helse og rus (vara – Esben Haldorsen)</p>	<p>Møte 12.01.2023 Holder på med mandatet. Neste møte 16.03.2023.</p>
	<p>18.Stormottakersatsingen (vara – Sidsel Haldorsen)</p>	<p>Per Erlend Hasvold. Arbeides med digitalt evalueringsskjema. Prosjektet ferdig mars 2023. Ulf oppdaterer.</p>
<p>ULF J BERGSTRØM Ulf.jack.bergstrom@unn.no 95 20 42 53</p>	<p>19.Prostatasenteret ved UNN</p>	<p>Tor Knutsen. Forrige møte 19. oktober. Ikke skjedd noe nytt.</p>
	<p>18.Stormottakersatsingen (vara – Sidsel Haldorsen)</p>	<p>Per Erlend Hasvold. Digitale møter nesten hver uke. Selve prosjektet blir ferdig i mars 2023. Neste møte 08.03. - Veien videre. Hvilke forventninger har du til Stormottakersatsingen? Etablert team utenfor UNN Tromsø.</p>

	20.Kvam-utvalg Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (vara – Terje Olsen)	Klinikkssjef Rolv-Ole Lindsetmo Kontaktperson Merete Andreassen Revisjonsrammer for 2023. Arbeidsgiver-BHT. Sykefravær Fortsatt utfordringer med støy i fb utbedring av kjøkken
	21.FSU Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling (vara – Terje Olsen)	Møte 23.03.2023. Møte i oktober 2022. Vanskelig å følge med.
	22.SSU: Revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtaler for Helsefellesskapet Troms og Ofoten 22.Arbeidsgrupper – Revisjon av tjenesteavtalene i Helsefellesskapet (vara – Kirsti Baardsen)	Gjennomgang av de ulike undergruppene arbeid. Planlagt å lage en mal til alle samarbeidsavtalene. Begge BU-representantene med som fulle deltakere i revisjonsutvalget. Møte 31.01.2023. BU-repr.sitter ikke i undergruppene. Utfodr. å få personell til undergruppene.
LISBETH DYRSTAD Lisbeth.dyrstad@hotmail.com 90 97 63 46	23.Kvam-utvalg NOR-klinikken (vara – Sidsel Haldorsen)	Klinikkssjef Bjørn-Yngvar Nordvåg. (Toril D Nilssen) Årshjul – et tema for hver mnd.som de fordypet seg i.
	24.FSU Fastlegerådet (vara – Ingolf Kvandahl)	Møte 06.01.2023 Kommer personer fra ulike avdelinger og orienterer. Hvordan fastlegene ute i distriktene jobber
	25.Forskningsutvalg NOR	
	26. Postdoc – søknad PhD til Forskningsutvalget	
	27. Poliklinikkprogrammet ved UNN	Målet er å få behandlingstiden ved UNN ned. Jobber veldig bra. Digital konsultasjon også et tema.
THOMAS ENGELSKJØN Thomas.engelskjon@unn.no 92 66 01 01	28.Parkeringsutvalget (vara – Nina Benjaminsen)	Møte 06.12.2022 Nytt navn Mobilitetsutvalget. Mye tid på indeksreulering av parkeringsavgiften. Inntekten går til drift av anleggene. Parkeringshus i Narvik. Vurderer dette i Tromsø også.
	29. Etablering av robotassistert PCI	Ikke hørt noe.
	30. Regionalt prosjekt for digitale pasienttjenester - brukerpanel	Markus Rumpfeld Møte hver 6. uke. Folk fra Norsk Helsenett og IKT med planer om universell utforming på nettsidene.

		Litt forbedring.
SIDSEL HALDORSEN Sidsehalvorsen168@gmail.com 93 49 09 72	31. Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Bemanning/kompetanse	
	32. FSU Samhandlingsavvik	Møte 15.12.2022
INGOLF KVANDAHL kvandahli@gmail.com 40 84 93 52	33. Kvalitetsutvalget i UNN (vara – Lisbeth Dyrstad)	Fagrevisjon – samordning Siste møte – diskusjon om ambulansetjenesten på Svalbard
	34. Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken (vara – Gudmund Johansen)	Klinikkssjef Kristian Bartnes
	35. Nye UNN Narvik – skilting	Skiltet på norsk og nordsamisk inne i sykehuset. Lulesamisk på skilt i inngangspartiet. Avklaring 2023
MARGRETHE LARSEN margrethe.helene.larsen@unn.no 41 35 48 98	36. Kvam utvalg Diagnostisk klinikk (vara – Nina Benjaminsen)	Klinikkssjef Grete Åsvang Bente Aune) Møte 06.02.2023. Venter på referat. Neste møte 13.04.2023
	37. Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken (vara – Kirsti Baardsen)	Klinikkssjef Eva-Hanne Hansen Kirsti møtte 01.03.2023. Venter på referat.
	38. Kvam utvalg Medisinsk klinikk (vara – Thomas Engelskjøn)	Klinikkssjef David Johansen Neste møte er 20.03.23.
GUDMUND R JOHANSEN Gudmund.ruben.johansen@gmail.com 90 56 40 66	4.Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K (prosjektgruppe K3K)	Saken er lagt i bero.
	39. FSU Digital samhandling	
KIRSTI BAARSEN Kibaards@gmail.com 99 70 31 67	40.Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen (vara - Lisbeth Dyrstad)	Ansatt ny frivillighetskoordinator, Susanne Ryan
	4. Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K (prosjektgruppe NOR)	Saken er lagt i bero.
	41. KEK – klinisk etisk komite (vara – Terje Olsen)	Jevnlig møte. Både juridiske og etiske avklaringer.
MILDRID PEDERSEN hpeder@online.no tlf. 90 59 47 19	42.Helse I Arbeid (vara – Terje Olsen)	Samarbeide mellom helse og NAV for å få folk tilbake i arbeid.

MARTIN ANDRE MOE martin.a.moe@gmail.com 41 46 36 07	43.Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Siste oppdatering mai 2022. Få siste oppdatering.
MERETHE SAGA LØNNUM merethe.saga.lonnum@unn.no 91 53 60 78	44.Utviklingsplan UNN 2020- 2038: Arbeidsgruppe Overordnet	Prosjektet skulle være ferdig i september 2022. Er det ferdig?
MERETE KROHN merete-kr@outlook.com 95 24 25 05	45.Utprøvningsprosjekt: Hjelpemiddel Dolley	Fra Magnus Engeset, UNNs oppfølger mot prosjektet. Mottatt epost fra prosjektlederne: <i>Hei! Vi har fulgt opp planlegging og utbedring av Dolley gjennom høsten. Vi regner med å være klar for uttesting sammen med forskerteamet i slutten av februar. Vi tar nærmere kontakt på nyåret med tanke på planleggingen av uttestingen og hvilke pasientgrupper som bør være med. Vi ser frem til en spennende testperiode på UNN. Elisabeth og Line</i>

Vedtak Brukerutvalget gjennomgikk rapporteringen fra prosjekt og arbeidsgrupper og tar saken til orientering.

BU-10/23 Orienteringssaker

BU-10/23-2 Orientering knyttet til manglende måloppnåelse i forhold til anbefalte forløpstider for pakkeforløp for kreft

Styresaken ble behandlet i styremøte 22.02.2023. Saken er lagt ved som en orientering til Brukerutvalget.

Vedtak Brukerutvalget tar saken til orientering.

BU-11/23 Referatsaker

Følgende vedlegg fremlegges:

1. Protokoll fra møte i BU Sykehusapoteket Nord, 20.10.2022
2. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 09.12.2022 og 26.01.2023
3. Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset 13.12.2022 og 26.01.2023

4. Referat fra møte i BAU, 09.01. og 13.02.2023
5. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, 24.01.2023
6. Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset, 14.02.2023

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering. BAU-referatene vil bli sendt til Brukerutvalget så snart de er godkjent.

BU-12/23 Eventuelt

1. Oppnevning av brukerrepresentant i utvalget FSU Digital Samhandling

Brukerutvalget har tidligere sendt ut forespørsel om noen av brukerrepresentantene kunne tenke seg å delta i dette utvalget.

Vedtak Brukerutvalget har oppnevnt Gudmund R Johansen som brukerrepresentant i FSU Digital Samhandling, og kontaktinformasjon er formidlet til utvalget.

2. Lærings- og mestringssenteret – utleie av lokale til organisasjoner

(jf epost sendt Brukerutvalget)

Det er ikke kjent blant brukerutvalgets medlemmer at deres organisasjoner bruker UNNs lokaler. Det er kjent at UNN har mangel på møterom og utfordringer med utlån av møterom til egne møter.

Vedtak Brukerutvalget har mottatt henvendelsen, og tar til etterretning at UNN har utfordringer med å leie ut møterom til andre .

Terje Olsen (sign.)
leder

Hilde A Johannessen(sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 22.03.2023. Kopi til:

- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Sissel Eidhammer, Nordlandssykehuset
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Bård Forsdahl
- Lærings- og mestringssenteret, UNN v/ Marita Pedersen
- Kreftforeningen v/ Wenche P Kjølås
- Ungdomsrådet UNN v/ Marit Nordmo



Referat møte i Brukerutvalget 19. april 2023

Sted: Nordlandssykehuset Lofoten, Sykehusbakken 23

Tid: 12:00 til 17:00

Lenke til sakspapirer: [Her](#)



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Paul Daljord – leder	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X	
Gunn Strand Hutchinson – nestleder	SAFO – Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner	X	
Ole André Korneliussen	Mental Helse	X	
Marie Dahlskjær	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X	
Per Dalhaug (vara)	Kreftforeningen	X	
Wiggo Nilsen	Nordland fylkes eldreråd		X
Linn Christin Sørtorp	RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	X	
Anna-Emilie Langås Vadnem	Samisk representant	X	
Danielle Johanna Hansen	Ungdomsrådet	X	
Fra Nordlandssykehuset:			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/sekretær	X	
Siri Tau Ursin	Administrerende direktør	X	
Sissel Juliussen	Avdelingsleder kirurgisk klinikk Lofoten	Sak 028/23	
Trond Solem	Seksjonsleder Pasientreiser	Sak 029/23	
Gry Christoffersen	Enhetsleder Pasientreiser	Sak 029/23	
Elin Pladsen	Rådgiver, Lærings- og mestringssenteret	Sak 030/23	

Saksliste:

026/2023	Godkjenning av innkalling og saksliste
027/2023	Godkjenning av referat møte 22. mars
028/2023	Omvisning Nordlandssykehuset Lofoten
029/2023	Informasjon fra Pasientreiser
030/2023	Orientering om lærings- og mestringstilbud Lofoten
031/2023	Oppnevninger
032/2023	Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset
033/2023	Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker
034/2023	Ungdomsrådets leder orienterer om ungdomsrådets arbeid
035/2023	Referatsaker/Eventuelt/Innspill til saker

Saksnr.	Saksfremstilling
026/2023	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
027/2023	<p>Godkjenning av referat møte 22. mars</p> <p>Vedtak: Referatet fra møtet godkjennes.</p>
028/2023	<p>Omvisning Nordlandssykehuset Lofoten</p> <p>Omvisning Nordlandssykehuset Lofoten, ved Sissel Juliussen, avdelingsleder kirurgisk klinikk Lofoten.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for omvisningen.</p>
029/2023	<p>Informasjon fra Pasientreiser</p> <p>Informasjon om Pasientreiser ved Trond Solem, seksjonsleder pasientreiser og Gry Christoffersen, enhetsleder Pasientreiser.</p> <p><u>Spørsmål i forkant av møtet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Finnes det makstid på ventetid, særlig aktuelt ved samkjøring? • Særlig utfordringer med lang ventetid for pasienter som bor i Lofoten, eks: Når pasienter fra Lofoten skal til undersøkelse i Bodø, får man fly en vei, og retur med ferge fra Bodø 16:45 til Moskenes med ankomst kl. 20:00. Noen dager går fergen rundt kl. 15.00 fra Bodø. Etter kl. 20.00 kommer man seg ikke videre fra Moskenes. <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for en veldig god presentasjon og omvisning.</p>
030/2022	<p>Orientering om lærings- og mestringstilbud Lofoten</p> <p>Informasjon om lærings- og mestringstilbudet ved Lofoten ved Elin Pladsen, rådgiver, lærings- og mestringssenteret.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for en fin informasjon om lærings- og mestringstilbudet i Lofoten.

	<p>2. Brukerutvalget understreker viktigheten av god informasjon og opplæring til pasienter og pårørende, og et sterkt lærings- og mestringssenter da behovet er økende.</p> <p>3. Satsene sykehuset mottar gjennom Innsatsstyrt finansiering (ISF) for å arrangere lærings- og mestringskurs bør økes.</p>									
031/2023	<p>Oppnevninger</p> <table border="1" data-bbox="347 562 1517 1998"> <thead> <tr> <th data-bbox="347 562 730 611">Prosjekt</th> <th data-bbox="735 562 1185 611">Brukerrepresentant</th> <th data-bbox="1190 562 1517 611">Kontaktperson</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="347 618 730 1261"> <p>1. Forskningsprosjekt : Prosjektet skal teste ut og automatisere validerte skadetriggere for kreftpasienter.</p> </td> <td data-bbox="735 618 1185 1261"> <p>Johnny Bakken: Johnnydirigent@gmail.com</p> <p>Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Siv Gyda Aanes, siv.gyda.aanes@nlsh.no</p> <p>Fra tidlig høst 2023 vil brukerrepresentant vil være med på ca. tre møter i halvåret for å følge utvikling av IT-løsning.</p> <p>Forventet avsluttes: 28-12-2025</p> </td> <td data-bbox="1190 618 1517 1261"> <p>Kontaktperson: Paul Daljord</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="347 1267 730 1998"> <p>2. Forskningsprosjekt : Digital oppfølging av Parkinson-pasienter. Vi ønsker en person med diagnosen Parkinson sykdom som blir eller har vært fulgt opp ved nevrologisk avdeling på NLSH i Bodø.</p> </td> <td data-bbox="735 1267 1185 1998"> <p>Forespørsel sendt til Parkinsonforeningen</p> <p>Koordinator purrer. Per står som vara.</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Axel Meyer Simonsen, Axel.Meyer.Simonsen@nordlandssykehuset.no</p> <p>Prosjektgruppen vil møtes ca. en gang per måned i oppstartsfasen og avslutningsfasen, og sannsynligvis noe sjeldnere i midtre del av prosjektet.</p> <p>Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni.</p> </td> <td data-bbox="1190 1267 1517 1998"></td> </tr> </tbody> </table>	Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson	<p>1. Forskningsprosjekt : Prosjektet skal teste ut og automatisere validerte skadetriggere for kreftpasienter.</p>	<p>Johnny Bakken: Johnnydirigent@gmail.com</p> <p>Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Siv Gyda Aanes, siv.gyda.aanes@nlsh.no</p> <p>Fra tidlig høst 2023 vil brukerrepresentant vil være med på ca. tre møter i halvåret for å følge utvikling av IT-løsning.</p> <p>Forventet avsluttes: 28-12-2025</p>	<p>Kontaktperson: Paul Daljord</p>	<p>2. Forskningsprosjekt : Digital oppfølging av Parkinson-pasienter. Vi ønsker en person med diagnosen Parkinson sykdom som blir eller har vært fulgt opp ved nevrologisk avdeling på NLSH i Bodø.</p>	<p>Forespørsel sendt til Parkinsonforeningen</p> <p>Koordinator purrer. Per står som vara.</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Axel Meyer Simonsen, Axel.Meyer.Simonsen@nordlandssykehuset.no</p> <p>Prosjektgruppen vil møtes ca. en gang per måned i oppstartsfasen og avslutningsfasen, og sannsynligvis noe sjeldnere i midtre del av prosjektet.</p> <p>Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni.</p>	
Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson								
<p>1. Forskningsprosjekt : Prosjektet skal teste ut og automatisere validerte skadetriggere for kreftpasienter.</p>	<p>Johnny Bakken: Johnnydirigent@gmail.com</p> <p>Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Siv Gyda Aanes, siv.gyda.aanes@nlsh.no</p> <p>Fra tidlig høst 2023 vil brukerrepresentant vil være med på ca. tre møter i halvåret for å følge utvikling av IT-løsning.</p> <p>Forventet avsluttes: 28-12-2025</p>	<p>Kontaktperson: Paul Daljord</p>								
<p>2. Forskningsprosjekt : Digital oppfølging av Parkinson-pasienter. Vi ønsker en person med diagnosen Parkinson sykdom som blir eller har vært fulgt opp ved nevrologisk avdeling på NLSH i Bodø.</p>	<p>Forespørsel sendt til Parkinsonforeningen</p> <p>Koordinator purrer. Per står som vara.</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Axel Meyer Simonsen, Axel.Meyer.Simonsen@nordlandssykehuset.no</p> <p>Prosjektgruppen vil møtes ca. en gang per måned i oppstartsfasen og avslutningsfasen, og sannsynligvis noe sjeldnere i midtre del av prosjektet.</p> <p>Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni.</p>									

		Prosjekt avsluttes: 31.08.2025	
	<p>3. Forskningsprosjekt : Rett tjeneste til rett tid - Diagnostisering/utredning av mistanke om brystkreft. I dette prosjektet hadde det vært fint med noen som har erfaring i tilknytning til utredning av brystkreft eller andre sykdommer innen bryst.</p>	<p>Forespørsel sendt til Brystkreftforeningen Bodø. Koordinator etterspør.</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Line Horn Sivertsen, line.horn.sivertsen@nordlandssykehuset.no</p> <p>Påregne 2 - 3 møter i halvåret - gjennomsnittlig</p> <p>Forventet avsluttes: 31-12-2025</p> <p>Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni</p>	
	<p>4. Forskningsprosjekt : Palliativ metodikk blant nye pasientgrupper. Ønskelig med en person som pga. sammensatte problemer har hatt kontakt med helsetjenesten. Ca. 3 møter / år; ca. 6 møter totalt</p>	<p>Bjørn Roald Nygård,</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset, Martina Tönnies, martina.tonnies@nlsh.no</p> <p>Forventet avslutning av prosjekt: 31-08-2025 Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni</p>	Kontaktperson Paul Daljord
	<p>5. Forskningsprosjekt: FLEKSIBEL ENDOSKOPISK EVALUERING AV SVELGEFUNKSJONEN (FEES) FOR OPPGAVEGLIDNING VED UTREDNING AV DYSFAGI. Ønskelig erfaring fra brukerrepresentant: R13 Dysfagi 50+ Bodø, RehabPasient.</p>	<p>Forespurt prosjektleder</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset, Bodil Berg-Hansen Bodil.Rosenvinge.BergHansen@nordlandssykehuset.no</p> <p>Forventet arbeidsmengde: 30-06-2025</p> <p>Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni</p>	

	<p>Kvartalsvise møter, gjennom prosjektperioden 7 møter. Forarbeid/etterarbeid knyttet til hvert møte.</p>		
	<p>6. Forskningsprosjekt: MR hjerte forbedring ved hjelp av kunstig intelligens. Prosjektet har til hensikt å se på om bruk av ny teknologi som f.eks kunstig intelligens kan hjelpe radiolog i sin fortolkning av MR hjerte som er en svært kompleks og ressurs krevende undersøkelse. Bruk av nye teknologiske løsninger åpner også for oppgaveglidning mellom radiograf og radiolog.</p> <p>Prosjektet har ingen føringer for bruker representant. Deltakelse på et oppstartsmøte samt evalueringsmøte vil være aktuelt.</p>	<p>Forespørsel sendt til LHL (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke) Bodø</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Line Horn Sivertsen, line.horn.sivertsen@nordlandssykehuset.no</p> <p>Forventet avslutning: 31-12-2025</p> <p>Midler søkt til prosjektet. Forventet svar: 10. juni</p>	<p>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
	<p>7. Invitasjon til temamøte om brukermedvirkning innen forskning i Helse Nord, 24. mai, kl. 10.00 til 12.30.</p>	<p>Ønsker leder og nestleder: Gunn Strand Hutchinson og Paul Daljord</p>	
	<p>8. Prosjekt trygg akutt medisin</p>	<p>Arbeidsutvalgets forslag: Johnny Bakken: Johnnydirigent@gmail.com</p>	<p>Kontaktperson: Paul Daljord</p>

<p>9. Akuttpsykiatrisk avdeling skal gjennomføre vernerunde (årlig) sammen med plassverneombud. De ønsker at det blir med en brukerrepresentant, gjerne fra brukerutvalget.</p>	<p>Arbeidsutvalget forslag: Linn Christin Sørtorp, linnchristins@gmail.com</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Daniel Solbakken, Daniel.Solbakken@nordlandssykehuset.no</p>	
--	---	--

Vedtak:

Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentanter slik det fremkommer av tabell.

032/2023

Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset

Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Status
<p>1. Representant styret Nordlandssykehuset</p>	<p>Paul Daljord</p>	<p>Møtene handler om økonomi</p>
<p>2. Strategisk samarbeidsutvalg Helsefelleskap</p>	<p>Gunn Strand Hutchinson vara: Leder av Ungdomsrådet, Danielle Johanna Hansen</p>	<p>Innspill til punkt om revisjon av tjenesteavtaler:</p> <p><i>For å sikre god brukermidvirking skal brukerrepresentant delta i arbeidsgruppen. Brukerutvalget skal ha mulighet til å behandle samarbeidsavtalen før den vedtas. Ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset HF skal gis anledning til å komme med innspill til punkt 13 som står beskrevet i Helse- og omsorgstjenestelove: Samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.</i></p>

			<p>For å sikre god brukermedvirkning skal brukerrepresentant delta i arbeidsgruppen. Brukerutvalget skal ha mulighet til å behandle samarbeidsavtalen før den vedtas. Ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset HF skal gis anledning til å komme med innspill til punkt 13 som står beskrevet i Helse- og omsorgstjenestelove: Samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.</p>
	<p>3. Klinisk Etisk Komite (KEK)</p>	<p>Kitt-Anne Hansen kitt-anne.hansen@rio.no</p> <p>vara: Helge Jenssen jenssen.helge@gmail.com</p>	<p>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
	<p>4. Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget for Nordlandssykehuset HF</p>	<p>Paul Daljord</p>	<p>Starter 04. mai</p>
	<p>5. Driftsrådet til pasient- og pårørendetorget</p>	<p>Linn Christin Sørtorp,</p> <p>vara: Viktor Torrisen</p>	<p>Ikke noe nytt møte siden sist</p>
	<p>6. Forskningsutvalget Nordlandssykehuset</p>	<p>Helge Jensen Jenssen.helge@gmail.com</p>	<p>Arbeidet er nå i gang.</p> <p>Kontaktperson: Paul Daljord</p>
	<p>7. Prosjekt SamStrømming: Samhandlingsprosjekt e-Konsultasjon mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset</p>	<p>Helge Jensen Jenssen.helge@gmail.com</p>	<p>Siden sist har prosjektet hatt kontakt med kommuner på Helgeland.</p> <p>Kontaktperson: Paul Daljord</p>

	<p>8. Medlem av styret i Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Lofoten</p>	<p>Ivar Martin Nordgård ivar.martin.nordgard@ofotkraft.net</p>	<p>Fungerer veldig godt. Ingenting nytt i arbeidet siden sist.</p> <p>Kontaktperson: Ole André Korneliussen</p>
	<p>9. Kurs brukervedvirkning</p>	<p>Carl Eliassen Carl@marborg.no</p>	<p>Gjennomført kurs 29. september. Blir nytt kurs 19. oktober 2023.</p> <p>Kontaktperson: Ole André Korneliussen</p>
	<p>10. Tannhelse, kosthold inflammasjon og biomarkører ved akutt intermitterende porfyri</p>	<p>Merete Johansen Merejo2@outlook.com</p>	<p>Pågående prosjekt som varer ut 2023.</p> <p>Kontaktperson Nordlandssykehuset: Ole.Lars.Brekke@nordlandssykehuset.no</p> <p>Ønsker en orientering på et av møtene i brukerutvalget, dette settes opp i løpet av våren.</p> <p>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
	<p>11. PhD prosjekt om måling av pasientskader som følge av kreftbehandling</p>	<p>Gerd Karin Bjørhovde gerd.bjorhovde@uit.no</p>	<p>Prosjektleder Siv Gyda Aanes i permisjon fram til nyåret 2023. Prosjektet startes opp da.</p> <p>Brukerrepresentant ikke hørt noe.</p> <p>Koordinator sjekker opp.</p> <p>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
	<p>12. Etablering av arena for substitusjonsbehandling for opioidavhengige i Bodø</p>	<p>Styringsgruppen: Linn Christin Sørtorp Carl Eliassen</p> <p>Arbeidsgruppen: Kitt Anne Jorid Hansen, kitt-</p>	<p>Oppstart er utsatt, håper på oppstart starten av juni. Arbeidet går veldig godt.</p> <p>Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp</p>

		anne.hansen@rio.no Espen Akerborg espenjo83@gmail.com	
	13. Tidlig integrasjon av palliativ behandling av barn og unge i Nordland	Heidi Øyvann Heidi.oyvann@online.no / 907 74 944 Tuva Nordal Skjerve, tuvaskjerve@hotmail.com	Det jobbes veldig godt med dette prosjektet, arbeidet går framover. Har ikke hørt noe. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
	14. Avansert smertebehandling med metadon - Innovativ behandling av pasienter med kroniske smerter	Grete Hatlen Hansen, 482 82 259	Brukerrepresentant svært fornøyd med prosjektet. Ikke noe nytt siden sist. Kontaktperson: Linn Sørtorp
	15. Self-sustaining speculum (SSS) and prefilled induction catheter (PIC) - utvikling av nytt og forbedret utstyr til bruk ved induksjon av fødsel.	Line Mathilde Karlsen Line.mathilde.karlsen@gmail.com 482 18 262	<u>Fra prosjektleder:</u> Planlagt møtetid sammen med brukerrepresentant for å oppdatere på prosjektet, innkalling kommer. Ikke noe nytt å meddele Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson Kontaktperson Nordlandssykehuset: Hege Hansen, Hege.Hansen2@nordlandssykehuset.no
	16. Brukermedvirkning i prosjektet «Sosioøkonomisk status, og økningen i psykiske helseproblemer og selvskading blant ungdom»	1. Gunn Nordland gunnor@vgs.nfk.no Tlf: 958 66 525 2. Helge Jenssen Jenssen.helge@gmail.com Tlf: 957 99 639 3. Danielle Johanna Hansen – Ungdomsrådet Nordlandssykehuset	Fra prosjektleder: Data har vært svært forsinket. Nå starter jobben med å lage variabler samt koble data sammen. Siden det er føreste gang jeg gjør dette kommer jeg til å bruke litt tid på å lære meg dette. Kaller inn til et møte med brukerrepresentanter etter jul.

		<p>E-post: daniellejhansen@outlook.com Tlf: 476 06 686</p> <p>4. Lars Herman Nordland – larsnord98@hotmail.com Tlf: 905 89 763</p>	<p>Ikke hørt noe, koordinator etterspør</p> <p>Kontaktperson brukerutvalget: Danielle Johanna Hansen</p> <p>Kontaktperson prosjekt: Karoline Louise Imingen Selvik</p>
	<p>17. Nordlandssykehusets kunstutvalg</p>	<p>Merete Hassel hassel.merete@gmail.com</p>	<p>Har gjennomført et møte. Skal starte med å registrere hva som finnes på sykehuset.</p> <p>Innspill fra ungdomsrådet: Ønsker mer kunst knyttet til samisk og skeive. Dette er spilt inn.</p> <p>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</p>
	<p>18. Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester</p>	<p>Linn Christin Sørtorp, Brukerutvalget</p> <p>Viktoria Linnea Høybakk, Ungdomsrådet</p>	<p>Jobber med digitale tjenester og samhandling. Har gjennomført møte for en kort tid siden Pause</p>
	<p>19. Kommunikasjon med pasienter som er lagt inn på akuttmottak med akutte brystmerter. Prosjekt hvor man videofilmer kommunikasjonen mellom lege og pasient i akuttsituasjoner</p>	<p>Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no</p>	<p>Vi har samlet inn data ved NLSH første halvdel av 2022 og datainnsamling foregår i disse dager i akuttmottaket på Ahus. Vi skal samle data på 3. og siste senter – St. Olavs i Trondheim – i 2023.</p> <p>Skal ha ny dialog med brukerrepresentant første halvdel av 2023.</p> <p>Kontaktperson: Marie Dahlskjær</p>

			Kontaktperson Nordlandssykehuset: Eirik Ofstad
	20. Project summary SPeCT Safer Personalised Cancer Treatment Follow-up Cancer	Elisabeth Baraa elisabeth.baraa@gmail.com	Status: Søknad om prosjektmidler, forventet svar høst 2022 Kontaktperson: Gunn Varberg Kontaktperson Nordlandssykehuset: Elinor Haukland
	21. Nordlandssykehusets parkeringsutvalg	Gunnar Olsen gunnarolsen42@gmail.com	Skal være et møte i februar Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson Kontaktperson Nordlandssykehuset: Lennart.Johan.Nilsen@nordlandssykehuset.no
	22. Innovasjonsprosjekt: Hjemmebehandling med intravenøst antibiotika.	Gunn Hutchinson	Prosjekt i gang. Utvikling av rutiner. Mye snakk om hvordan man praktisk skal gjøre ting. Elisabeth B Jensen kontaktperson nordlandssykehuset, Elisabeth.Bergland.Jensen@nordlandssykehuset.no
	23. Etablering av rusakutt psykisk helse og rusklinikken – Forprosess	Carl Eliassen: carl@marborg.no	Ikke vært møter på lenge, ikke innkalt på et år. Koordinator sjekker om dette prosjektet fortsatt er i gang. Kontaktperson: Linn Sørtorp
	24. Innovasjonsprosjekt: Et mer barnevennlig sykehus	Marie Dahlskjær Representanter Ungdomsrådet: Linea og Lea	Prosjektet fikk innvilget midler. Møte 24. oktober 2022 Ansvarlig Nordlandssykehuset, Kirsti

			Neset, Kirsti.Neset@nordlandssykehuset.no
	25. Prestetjenesten for fremtiden 2022	Kitt Anne Jorid Hansen E-post: kitt-anne.hansen@rio.no	Rapport som er ferdig 15.02.2023. Brukerutvalget inviterer dem inn til møtet i juni. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson Kontaktperson Nordlandssykehuset: Ingeborg.Overvoll@nordlandssykehuset.no
	26. Faglig samarbeidsutvalg for pakkeforløp kreft	Gunn Varberg Blandford	Skal be om en orientering fra kontaktperson Nordlandssykehuset Arbeidsgruppe avsluttet, jobbes nå med implementering
	27. Bodø Intensiv eksponeringsterapi. Innføring av ny behandlingsmetode og bruk av VR i behandling. Bodø Intensive	Tobias Stanojevic tobias.stanojevic@gmail.com	Tiltak som fungerer utrolig bra. Kontaktperson: Ole André Korneliussen
	28. Sykehusapotek Nord	Paul Daljord Vara: Cicile Toresen: Cicilie.Toresen@em1nn.no	Neste møte 15. mai.
	29. Kirurgisk telementoring - Et samarbeid om pasientbehandling på operasjonsstua på tvers av sykehus- og foretaksgrenser	Johnny Bakken e-post: johnnydirigent@gmail.com	Brukerrepresentant blitt kontaktet, men ikke hørt noe. Fått beskjed om at prosjektet er utsatt til begynnelsen av juni 2023. Kontaktperson Nordlandssykehuset: Khayam.Ashraf.Butt@nordlandssykehuset.no

			Kontaktperson: Paul Daljord
	30. Innlegg samisk kulturkompetanse for regionalt, senter for spiseforstyrrelser, 29. mars kl. 13.30 til 15.00	Anna Emilie Vadnem	Gikk veldig bra.
	31. Hva er viktig for deg dagen 06. juni 2023.	Lofoten: Ole André Korneliussen Vesterålen: Paul Daljord	Jobbes med dette prosjektet
	32. Handlingsplan for pasient- og pårørendeopplæring Nordlandssykehuset - Arbeidsgruppen skal utarbeide en handlingsplan over hvilke tiltak og som skal prioriteres når det gjelder pasient- og pårørendeopplæring for sykehuset	Marie Dahlskjær, Vara: Paul Daljord	Skal være et møte i april Kontaktperson, Jorunn Brendeford, Jorunn.Brendeford@nordlandssykehuset.no
	33. Temakveld hos lærings- og mestringssenteret 01. juni 2023 kl. 18.00 til 20.00. Påmelding innen 25. mai. Se invitasjon	Marie Dahlskjær Gunn Hutchinson Linn Sørtorp	
	34. Forbedringsprosjekt psykose-enhet	Ole André Korneliussen	Har blitt kontaktet.

Vedtak:

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

033/2023

Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker

Siri Tau Ursin, administrerende direktør, orienterte om følgende saker:

- Den økonomiske situasjonen
- Prosjekt *Nordlandssykehuset 2026*
- Nytt tiltak: Spørre alle som slutter hvorfor de slutter
- Kari Råstad blir ny HR-sjef fra 01. mai

	<ul style="list-style-type: none"> • Status psykisk helse- or rusklinikken: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nesten ingen fristbrudd barne- og ungdomspsykiatrien ○ Jobber opp mot HELFO ○ Rekrutteres godt ○ Ansettes tre psykiatere i Vesterålen <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalget vil trekke fram den viktige jobben som gjøres av dyktige medarbeidere ved Nordlandssykehuset.
034/2023	<p>Ungdomsrådets leder orienterer om aktuelle saker</p> <p>Danielle Johanna Hansen, leder av ungdomsrådet, ga en oppdatering av hva som er nytt siden forrige møte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laget nye plakater og flyers for å spre informasjon til ungdom og helsepersonell på sykehus • Jobber fortsatt med en informasjonsfilm om ungdomsrådet • Skal delta på besøk på akutenhet for ungdom gjennom KvIP, som står for Kvalitet i Institusjonsbehandling i Psykisk helsevern. • Skal delta i forskningsprosjekt om å innføre besøkshund på barneavdelingen • Er med i prosjekt som ser på 18-årsgrense på barneavdelingen. Her er eget ungdomsrom et viktig krav. • Vi har laget et skriv om hva vi synes fungerer og hva som kan bli bedre i samhandling mellom sykehus og kommune til revisjonen av avtalene mellom sykehus og kommune • Skal holde innlegg for leger i spesialisering og revmatologisk avdeling om hva som er viktig for ungdom. • Jobber fortsatt med å få rådene for reell medvirkning til å bli et felles doument for alle ungdomsrådene nasjonalt. <p>Vedtak:</p> <p>Brukerutvalget takker for orienteringen og berømmer ungdomsrådets arbeid.</p>
035/2023	<p>Referatsaker/Eventuelt/inns spill til saker</p> <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ungdomsrådet Nordlandssykehuset HF 16. mars 2023 • Referat møte brukerutvalget Finnmarkssykehuset 15.-16. mars 2023 • Møtereferat fra Brukerutvalget UNN 14.12.2022 • Møtereferat fra Brukerutvalget UNN 01.03.2023 <p>Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvendelse fra Foreningen for el-overfølsomme (FELO).

- Forskning og innovasjon ved Nordlandssykehuset HF – rapport for 2022

Vedtak:

Brukerutvalget tar referatsakene til orientering.

Neste møte:

16. mai, 10.30 til 15.30, Møterom Panorama kafé Nordlandssykehuset



Oppfølgingsaker

1. Busstrasé Nordlandssykehuset, **vedtak i bystyret 09. februar i Bodø 2023**
2. Koordinator for personer med sammensatte og langvarige behov – **16. mai 2023**
3. Regionale funksjoner med særfinansiering – informasjon om prosjekt ny orientering ved Tonje Hansen, **vår 2022/når noe nytt foreligger**
4. Sak fra Blindeforbundet Nordland om tilgjengeligheten til elektroniske registrerings- og betalingsløsningene som benyttes ved Nordlandssykehuset i Bodø – **oppfølging IKT**
5. Ønsker presentasjon av prosjektet, Tannhelse, kosthold inflammasjon og biomarkører ved akutt intermitterende porfyri – **Forespørsel sendt**
6. Prestetjenesten for fremtiden 2022 – **Møte 16. mai**
7. Årsrapport 2022 - Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet – **Møte 16. mai**
8. Spørsmål om nedleggelse av smerteklinikken – **Møte 16. mai**
9. Pasienter som skal få viktig forebyggende behandling med botox for migrene, spesielt de som er alvorlig rammet og har komplisert migrene, får ikke time når de skal ha **Møte 16. mai**
10. Lang ventetid for kronikergruppen for barn og ungdom - **Møte 16. mai**
11. Spørsmål om stilling som står ubesatt på CL-teamet Nordlandssykehuset. (CL står for Consultant Liason og er del av Fagenhet for autisme og nevropsykologi) - **Møte 16. mai**
12. Taksinner på Nordlandssykehuset – Nordlandssykehuset mangler skinner i takene hvor pasienter må løftes på barneavdelingen/habilitering. Transportheis fungerer ikke optimalt - **Møte 16. mai**



Protokoll

Møte: Brukerutvalgsmøte i Helgelandssykehuset HF

Tid: 15.02.2022

Møtested: Teams, fysisk oppmøte i Mosjøen

Innkalt:

Deltagere	Funksjon	Organisasjon	Tilstede	Meldt forfall
Anne Lise Brygfeld	Leder	SAFO - NFU	X	
Tove Linder Aspen	Nestleder	Ivareta	X	
Steinar Arnesen	Medlem	FFO	X	
Jan Sundset	Medlem	Samisk befolkning	X	
Grete Bang	Medlem	Eldrerådet	X	
Dag Utnes	Medlem	Kreftforeningen	X	
Hugo Sandoval	Medlem	FFO		X
Ija Nilsen	Medlem	RIO		X
	Observatør	Leder av ung.råd		
Rigmor Røberg	Vara	Kreftforeningen		X
Hilde Valrygg Vik	Vara	FFO	X	
Liv Jamtli	Vara	FFO	X	
Bjørn Helge Hansen	Vara	Eldreråd		X
Fra Helgelandssykehuset				
Elin Grønvik	Sykepleiefaglig direktør		X	
Knut Roar Johnsen	Samh.sjef/saksbeh.		X	
Henrik Skaret	Sekretariat		X	
Astri Gullesten	Prosjektleder Helserom Helgeland		X	
Marit Undhjem	Enhetsleder habilitering		X	
Sigrid Forbergskog	Ass. Klinikkjef psykisk helse og rus		X	



Saksliste

- Sak 01-2023 Godkjenning av innkalling og saksliste**
 - Sak 02-2023 Godkjenning av protokoll fra 07.12.2023.**
 - Sak 03-2022 Foredrag om Helserom Helgeland v. Astri Gullesen**
 - Sak 4-2023 Status av saker**
 - Sak 5-2023 Habilitering Helgeland**
 - Sak 6-2023 Årlig melding**
 - Sak 7-2023 Muntlig orientering fra administrasjonen v. konst. Sykepleiefaglig direktør Elin Grønvik**
 - Sak 8 – 2023 Presentasjon fra MARBORG**
 - Sak 9-2023 Orienteringssaker**
 - Sak 10-2023 Eventuelt**
 - Sak 10-2023 Referatsaker**
 - Sak 11-2023 Møtefrekvens og oppdatering av årshjul**
-

PROTOKOLL

- Sak 01-2023 Godkjenning av innkalling og saksliste**
 - Sakslisten godkjennes
- Sak 02-2023 Godkjenning av protokoll fra 07.12.2023.**
 - Protokollen godkjennes med forbehold om endringen som ble innmeldt fra klinikkleder for Prehospital klinikk etter forrige møte.
 - Følge opp pårørendeivaretagelse.
 - Vi inviterer inn Arve Smedseng
- Sak 03-2022 Foredrag om Helserom Helgeland v. Astri Gullesen**
 - Helserom Helgeland presenteres. Mer informasjon kan sees på nettsidene til samhandlingsavdelingen på helgelandssykehuset.no/om-oss/... Siden er ny og felles for sykehuset og kommunene. Brukere oppfordres til å ta kontakt med Gullesen for å gi tilbakemelding på informasjonen på siden og om denne er tilstrekkelig forståelig.
 - Dette er et forsknings- og innovasjonsprosjekt mellom Brønnøy, Dønna, Rødøy, SINTEF, Checkware og Helgelandssykehuset.
 - Målet er å utvikle en tjenestemodell som passer til rurale strøk og sikrer likeverdige helsetjenester, behandling, oppfølging og akutthjelp for alle innbyggerne, uavhengig av bosted, helsekompetanse, digital kompetanse og økonomi. Sykehuset tester forskjellige modeller og det foregår samtidig forskning på prosjektet.
 - En åpenbar motivasjon for prosjektet er at det blir mindre påkjenninger mtp. Reiser.

 - Det etterspørres brukere fra SINTEF. Til nå har det blitt intervjuet mange klinikere og helsepersonell, men det ønskes flere brukerstemmer. Det ønskes intervjuer av brukere, pasienter og pårørende. Det er tenkt utvelgelse av 5 stk. Det ønskes å vite mer om hva



som tenkes er mulighetsrommet og hva brukerne ønsker seg av fremtidens helsetjeneste. Brukerne kan ta kontakt med Astri Gullesen som videresender kontaktinformasjonen.

- Det har blitt sendt en forespørsel fra Hdir, oppfølging av forprosjekt om læring- og mestring i helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet bygges på en mistanke om at få er kjent med lærings- og mestringstilbud ifbm. Psykisk helse. Det ønskes en intervjukandidat på minimum 25 år og pårørende til noen som har psykiske plager med behov for tilbud både fra spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Den pårørende bør helst ikke ha deltatt i lærings- og mestringstilbud tidligere og det ønskes fortrinnsvis en samisk kandidat.
- Det skal være et mestringstreff på Helgeland. Brukerstemmen har vært sterk i utviklingen av dette tilbudet. Det kreves påmelding, men det er gratis å delta. Invitasjonen videresendes til brukerutvalget.

Brukerutvalget takker Astri Gullesen for hennes deltakelse på dagens møte og god informasjon om Helserom Helgeland. Utvalget ser mange forbedringsarbeider som kan videreføres fra prosjektet og inn til sykehuset.

Gullesen sender en skriftlig forespørsel om navn ifbm. Prosjektene som håndteres gjennom sekretariatet.

Sak 4-2023 Status av saker

- Status av saker ifbm. Utarbeidelse av årlig melding gjennomgås.

Sak 5-2023 Habilitering Helgeland

- Brukerutvalget har forespurt klinikk for psykisk helse og rus om en status vedr. Habilitering på Helgeland. Dette har vært et stort og viktig tema for brukerutvalget.
- Utvalget har også, på vegne av Valnesfjord rehabilitering, blitt bedt om å undersøke hvordan Helgelandssykehusets behandlere opplyser om habilitering- og rehabiliteringsopphold ved senteret.

Habiliteringen ligger under klinikk for psykisk helse og rus. Det er ansatte ved alle lokalisasjonene. Utfordringene som møtes lokalt er i stor grad de samme som sees nasjonalt og går på rekruttering og ventelister. Det har vært en spesiell økning i forespørsler om lidelser i autismespekteret. Etter rekrutteringen som har blitt gjort er det ventet at ventetiden skal reduseres.

Habiliteringen på Helgeland har lyktes med å rekruttere en pediater og to psykologspesialister med erfaring innenfor feltet. Det er ingen egen spesialisering i habilitering for leger, men det jobbes nasjonalt med å etablere kompetanseheving innenfor fagfeltet.

Habiliteringen har en del samarbeidspartnere i de kommunale instansene (barnehage, barnevern, PPT, nav m.fl.). Det legges stor vekt på involvering av de pårørende, men i samråd med pasienten. Innad i sykehuset har man samarbeid både innen somatikk og psykisk helse, avhengig av hvilke problemstillinger pasienten har. Denne vurderingen gjøres av legen.

Habiliteringen på Helgeland er med i flere regionale og nasjonale nettverk og bidrar aktivt i fagutviklingen.



Habiliteringen er bedt om å svare på om de er kjent med tilbudet som vedlagt.

- Habiliteringstjenesten ved sykehuset er kjent med tilbudet. Ofte henvises de fra fastlegen til slike opphold. Det legges en plan tidligere i forløpet over hvor ofte disse pasientene skal til senteret. Det er ikke noe formelt samarbeid mellom Helgelandssykehuset og dette senteret.

Habiliteringen er også bedt om å fortelle hvor godt psykisk helsehjelp og habilitering samarbeider.

- Pasienter med behov for habilitering er pasienter som er utsatt for psykisk sykdom. Det er også en gruppe som krever annerledes behandling og diagnostikk. Følgelig er det en iboende utfordring i fagfeltet, men det oppleves at dette har blitt bedre over de siste årene. Nasjonalt er det etablert et kompetansenettverk som driver med kompetanseheving på psykisk helse og utviklingshemninger.

Hender det at habiliteringen reiser ut til kommunene?

- Dette gjøres i stor grad, avhengig av logistikken og bruken av spesialistene.

Hvorfor er det viktig at brukerutvalget og helsetjenesten for øvrig har et fokus på disse pasientgruppene?

- Det er gjennom atferden man ofte ser pasientens plager. Ord kan mangle og uro kan kjennes som signaler som ikke kan kommuniseres. Det er da viktig at man har de pårørende og noen som kan passe på og ivareta pasientene fra et bruker- og pårørendeperspektiv.

Brukerutvalget takker Marita Undhjem og Sidsel Forbergskog for god orientering og utfyllende svar på spørsmålene.

Sak 6-2023 Årlig melding

Årlig melding gjennomgås. Innspill tas med til sekretariatet for ferdigstilling.

Sak 7-2023 Muntlig orientering fra administrasjonen v. konst. Sykepleiefaglig direktør Elin Grønvik

Sakspapirene for tilbudet i Mosjøen fremover ble publisert i går 15.02.2023. Brukerutvalget får en gjennomgang av disse fra Elin Grønvik.

Styret ba om et forslag til fremtidig tilbud i Mosjøen høsten -22. Det har vært en kompleks sak med mange hensyn og problemstillinger som har oppstått underveis, men administrasjonen har nå ferdigstilt en innstilling som skal til styremøtet 22.02.2023.

Sykehuset, som andre foretak i regionen og nasjonalt, befinner seg i en vanskelig økonomisk situasjon. Det har også blitt en stadig større mangel på helsepersonell og sykehuset har måttet sett på fordelingen av ressursene uavhengig av nybyggsprosessen. Som sakspapirene viser, er



det foreslått tilbud som fortsatt skal være i Mosjøen videreutvikles, men at det ved denne løsningen forbrukes færre personellressurser på vaktberedskap totalt i Helgelandssykehuset.

Sykehuset er avhengig av å beholde personellet i Mosjøen. For å lykkes med å beholde disse ansatte, jobbes det med måter for å ivareta dem. Enkelte vil kunne fortsette å jobbe i Mosjøen, men det vil være ønskelig at de noen pendler i en prosentandel av stillingen. Sykehuset vil, i samråd med de tillitsvalgte og de øvrige ansatte, se på hvordan så mange som mulig kan og vil fortsette i sine arbeidsforhold.

Ambulanseberedskapen og de prehospitale tjenestene skal økes og videreutvikles. Dette arbeidet skal skje i samarbeid mellom de berørte kommunene (Grane, Hattfjelldal og Vefsn) og sykehuset.

Det må en del utbedringer til i sykehuskroppen i Sandnessjøen før pasientflyten kan styres dit. I utgangspunktet er flyttingen av døgnaktiviteten tenkt ferdigstilt i april -24. En av suksessfaktorene for å lykkes er at vi beholder medarbeidere i Helgelandssykehuset slik at vi sikrer bemanning til alle funksjoner. Det vil legges ut tre saker som i stor grad er avhengige av hverandre; ambulansestasjon i Mosjøen, renovasjon i Sandnessjøen og tjenestetilbud i Mosjøen. Et vedtak i alle kan synes nødvendig for gjennomføringen.

Endringen i tjenestetilbudet er tenkt å skulle styrke regionens spesialisthelsetjeneste som helhet. Lokasjonen i Mosjøen er ikke tenkt nedlagt, men videreutviklet som en dagbehandlerenhet uten akuttberedskap. Det er ønskelig at det skal bli høyere aktivitet på lokasjonen, til tross for bortfall av sengeplasser for innleggelse.

Spørsmål fra brukerutvalget:

Er det urologiske tilbudet tenkt å beholdes i Mosjøen?

Det er tenkt en videreutvikling av de elektive tilbudene i Mosjøen. Større operasjoner og operasjoner som krever døgninnleggelse vil måtte utføres ved hovedsykehuset.

- Fagteamet i Helse Nord:

Helse Nord har vedtatt å etablere et fagteam som blant annet skal vurdere funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Teamet besto opprinnelig av to fagressurser fra NLSH og UNN. Helgelandssykehuset sendte et ønske om representasjon fra HLSH, da dette vil berøre Helgelandssykehuset også. Arpad Totth har blitt med i fagteamet og skal bidra inn i dette arbeidet.

Brukerutvalget takker for en utfyllende orientering fra konst. Sykepleiefaglig direktør Elin Grønvik.

Brukerutvalget vedtar å komme med følgende uttalelse i forbindelse med det fremtidige sykehuset i Mosjøen:

- Endringer i spesialisthelsetjenestens tilbud er og vil alltid være noe som engasjerer pasienter og brukere. Utvalgets oppgave er å være et rådgivende organ for sykehuset og skal alltid ivareta pasienthensynet. Det virker betryggende at sykehuset ønsker å



beholde kompetansen gjennom de nevnte tiltakene, noe som vil komme pasientene til gode. Brukerutvalget vektlegger og ønsker å utheve at opprustningen i Sandnessjøen må være ferdigstilt før tilbud trygt kan flyttes fra Mosjøen. Dersom andre tilbud skal flyttes fra en lokasjon til en annen i den videre prosessen, er det en forutsetning for pasientene at den nye lokasjonen er tilstrekkelig utrustet og bemannet for å ivareta oss. *(Uttalelsen ble overlevert styret i HSYK i styremøte 22.02.2023)*

Sak 9-2023 Orienteringssaker

- Anne Lise har vært på møte i ernæringsrådet. Ernæringsfysiologene ønsker en egen strategi for ernæring som er tverrfaglig og individuelt tilpasset. Rådet består av kliniske ernæringsfysiologer, klinikkssjefer og fagsjef m.fl. Det skal være fire møter i året og klinikkssjefene har ansvar for å implementere endringer.
- Brukerutvalget har gjennomgått pleieplanene til sykehuset. Disse skal etter planen implementeres etter at Finnmarkssykehuset har gjort det.
- Brukerutvalget har mottatt en henvendelse fra brukerutvalget ved Valnesfjord rehabilitering ang. om sykehuset er kjent med tilbudet (se vedlegg). Forespørselen videresendes internt i sykehuset med forespørsel om å svare på disse.
- Medlem har deltatt i klinisk-etikk-komite-møte. Tidvis blir det tunge kasuser og det oppleves som tungt å sitte alene med disse tankene etterpå. (Kontakt Brita)

Sak 10-2023 Eventuelt

- Audiograffilbudet i Mosjøen.

Brukerutvalget er bekymret for å miste tilbudet. Det ønskes økt tilgang på audiograf. HLF bes kontakte brukerutvalget med bekymringsmelding.

- Likepersonsordningen.

En likeperson skal inviteres inn for å fortelle om ordningen.

- Stiftelsesmøte og involvering i Helsefellesskapet

Sykehuset og Helgelandskommunene skal ha et stiftelsesmøte ifbm. Opprettelse av Helsefellesskap Helgeland. Det vil bli et behov for brukermedvirkning på alle nivåer ifbm. Dette og Helgelandssykehuset ønsker å stille med sitt brukerutvalg i Helsefellesskapet. Brukerutvalget deltar.

- Pårørendeivaretagelse

Jfr. Forrige referat ønskes dette fulgt opp videre. Noteres i sakslisten.

- Tap av brukerrepresentant

Brukerutvalget oppdaterer idag oversikten over faste medlemmer grunnet bortfall av enkelte.

Liv Jamtli går fra varabanken til å være et fast medlem.

Det mangler nå representasjon fra brukersiden i rus- og psykiatri som vi burde søke oppfylt. Sekretariatet retter en forespørsel til RIO / Marborg om å nominere et nytt medlem.



Sak 10-2023 Referatsaker

- Referat fra RBU, sak: 04-2023 Oppdragsdokument til helseforetakene.
Ønske om å spesifisere at pårørende kan være en ressurs og ikke at de alltid er og skal være en ressurs. Det er en reell fare for å gå fra å bli benyttet til å bli utnyttet.

Sak 11-2023 Møtefrekvens og oppdatering av årshjul

2022 var et år som var preget av høy aktivitet for brukerutvalget. Noe av arbeidet som ble påbegynt i 2022 ønskes oppfulgt fra utvalget, men tiden på møtene strekker ikke til. Utvalget har rettet et ønske om flere møter, men per nå er det usikkert hvilken frekvens som må til.

Det er planlagt et fysisk møte i April. Brukerutvalget ønsker å ha sitt årlige seminar i tilknytning til dette møtet, men det sees fordeler med å utsette dette til juni, da en kjent taler for brukerutvalget vil være i Mosjøen. Samhandlingsavdelingen skal undersøke hvordan mulighetene er for å booke tid og rom på Fru Haugans hotell og å undersøke mulighetene til å få Lasse Gustavsson til å bli med på møtet. Det ønskes evt. Et møte 15. Juni med seminar påfølgende dag, eller omvendt.

Endring: nytt møte om fire uker, flyttes fra april til 30. Mars.

Protokoll godkjennes endelig i neste møte 30. Mars 2023
Protokollen blir lagt fram som referatsak i kommende styremøte

Kopi til:

- Styret i Helgelandssykehuset
- Administrerende direktør ved Helgelandssykehuset
- Sykehusledelsen i Helgelandssykehuset
- Postmottak ved UNN, Nordlandssykehuset, Finnmarkssykehuset, Sykehusapoteket og Helse Nord.



MØTEREFERAT

Utvalg: Brukerutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtested: Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Breivika - Møterom D1-707
Dato: 01.03.2023 kl 08.30-13.55

Tilstede: Terje Olsen leder
Nina Nedrejord (på Teams)
Nina Benjaminsen
Ulf J Bergstrøm
Lisbeth Dyrstad
Thomas Engelskjøn
Ingolf Kvandahl
Margrethe Larsen
Gudmund R Johansen

Forfall: Esben Haldorsen
Sidsel Haldorsen

Fra adm.: Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen
Administrasjonskonsulent Hilde A. Johannessen (referent)

Saksliste

BU-01/23 Godkjenning av innkalling og saksliste
Innkalling og saksliste ble gjennomgått. Sak BU-03/23 *Brukerrepresentantens rolle* utsettes. En sak til *Eventuelt*.

Vedtak Brukerutvalget godkjente innkalling og saksliste.

BU-02/23 Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 14.12.2022
Referatet er gjennomgått.

Vedtak Referatet ble godkjent.

BU-03/23 Brukerrepresentantens rolle
Saken settes opp i et senere Brukerutvalgsmøte.

Vedtak: Brukerutvalget utsetter saken.

BU-04/23 Orientering om UNNs håndtering av demente pasienter og pasienter med kognitiv svikt

Seksjonsleder og overlege Gunhild Ag ved geriatrikks seksjon og klinikkssjef David Johansen fra Medisinsk klinikk orienterte.

De ansatte ved UNN trenger målrettet informasjon og enkle kjørelinjer vedrørende pasienter med demens og kognitiv svikt, samt generell kunnskap til alle ansatte. Akuttmottaket ved UNN har igangsatt tiltak der akutt- og mottaksmedisinere tar imot pasienter og stiller diagnose. De vurderer særskilt eldre som kommer inn med tanke på demens og kognitiv svikt.

Presentasjon er vedlagt referatet.

Vedtak

1. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.
2. Brukerutvalget er fornøyd med at UNN har fokus på demensomsorg med henhold til kunnskap og rutiner.
3. Brukerutvalget er opptatt av at UNN fortsetter sitt arbeid med å bedre ivaretagelse av personer med demens og kognitiv svikt.

BU-05/23 Direktørens time

Konstituert viseadministrerende direktør Einar Bugge informerte og svarte ut innspill fra Brukerutvalget:

1) Konsekvenser for ventetider og utsettelse på grunn av infeksjoner og stort press på innleggelse. Hva er status på UNN?

Etter pandemien har UNN ca 70 dagers ventetid. Det er størst ventetid ved poliklinisk konsultasjon og psykisk helse voksne.

2) Status vedrørende funksjonsfordeling i helseforetakene

Det ble vist til styresak i Helse Nord RHF av 23.02.2023 Sak 11/2023 *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*. Se vedtaket, spesielt punkt 3 c):

Omprioritering av ressurser fra døgnkontinuerlige tilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet samt til planlagt pasientbehandling.

I tillegg orienterte konstituert viseadministrerende direktør om

Helsepersonellkommissjonens NOU 2023:4 - Tid for handling:

Formålet:

Etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet på kort og lang sikt.

Gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse mot 2040 i lys av sentrale utviklingstrekk og behovet for å ivareta en bærekraftig sammenhengende helse – og omsorgstjeneste(...).

Brukerutvalget behandler høringssaken i møte 22.03.2023.

Presentasjon er vedlagt referatet.

- Vedtak:**
1. Brukerutvalget takker for orienteringen fra konstituert viseadministrerende direktør Einar Bugge.
 2. Brukerutvalget ønsker å komme tilbake til høringsuttalelse i *Tid for handling* og til videre framdrift i saken om Helse Nord.
 3. Brukerutvalget ber om å bli involvert i prosessen med Helse Nord framover, for eksempel med deltakelse i arbeidsgrupper.
 4. Brukerutvalget er ikke fornøyd med utviklingen av ventetider. Brukerutvalget ber om at det arbeides målrettet med å få redusert ventetiden i UNN.

BU-06/23 **Årsrapport Brukerutvalget UNN**
Brukerutvalget gjennomgikk årsrapporten og hadde ingen nye innspill til endringer.

Vedtak Brukerutvalget vedtar årsrapporten som den foreligger.

BU 07/23 **Oppdragsdokument 2023**
Oppdragsdokument 2023 ble overlevert i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) den 08.02.2023, og inneholder prioriteringer og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og styret i Helse Nord RHF. Det er spesielt fokus på rus og psykisk helse.

Vedtak Brukerutvalget tar *Oppdragsdokument 2023* til orientering.

BU-08/23 **Pasientreiser**
Ny leder i Pasientreiser, Frode Hvalryg, orienterte.
Pasientreiser avdeling Tromsø: Alle medarbeiderne kjenner til avstander, men ikke lokalt. De benytter gule sider og trafikale løsninger som finnes på nett som hjelpemidler.

Det er personalet på den enkelte avdeling som avgjør hvordan pasienten skal reise. Hver enkelt avdeling har plikt til å gi beskjed til Pasienteiser om rekvisisjon er nødvendig. Henvendelsen registreres i et eget program. Avdelingene ved UNN har et ansvar for at alle nyansatte gjennomfører et e-læringskurs mht rekvisisjon og reiser.

Alle mottatte avvik sendes direkte til leverandører med frist for å svare. Fast regel ved bestilling av Pasientbuss: Bestilling må gjøres dagen før avreise. Åpningstid Pasientreisekontoret: kl 0800-1600. Deretter overtar UNNs sentralbord enkelte oppgaver.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

BU-09/23 Handlingsplan 2023-2024 – revidering 2023

Etter forslag fra brukerrepresentant Nina Nedrejord, reviderte Brukerutvalget Handlingsplan for Brukerutvalget UNN 2023-2024, Punkt 3 første strekpunkt:

- Brukerutvalget er aktiv deltakende i prosjekt, forskning, arbeidsgrupper, faste forum o.a.

Vedtak: Revidert Handlingsplan for Brukerutvalget UNN 2023-2024 godkjennes.

BU-10/23 Orienteringssaker**BU-10/23-1 Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper****BRUKERUTVALGET UNN – PROSJEKTER, UTVALG OG ARBEIDSGRUPPER**

Navn	Aktivitet/prosjekt	Status/merknader
TERJE OLSEN terje.olsen@unn.no Mobil: 92 46 72 14	1. Styret ved UNN (vara - Esben Haldorsen)	Ordinære styresaker til behandling.
	2. Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU) (vara - Esben Haldorsen)	Samarbeidsarena mellom UNN og kommunene. Felles planlegging av kommunene og spesialisthelsetjenesten. Partnerskapsmøte i april.
	3. Sykehusapotekets brukerutvalg (vara - Lisbeth Dyrstad)	Nytt brukerutvalg opprettet. Hadde omvisning med god orientering. Hvordan sikre legemiddelprodusering.
	4. Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K (Styringsgruppe K3K og NOR)	Arbeidet har stoppet opp foreløpig.
	5. FSU Rekruttering og stabilisering (vara - Kirsti Baardsen)	Gøril Bertheussen. Rekruttering og stabilisering av helsepersonell. Sendt ut en liste til kommuner og sykehus med tiltak for å rekruttere og stabilisere.
	6. Porteføjestyret	Nye pågående prosjekter: Nye Åsgård, ny intensivavd, kjøkkenet. Prosjekter meldes inn til dette styret dersom det er stort nok.
ESBEN HALDORSEN Esben@marborg.no 99 56 00 47	7. Nye UNN Narvik – BU-repr. (vara i styringsgruppen)	
	8. Fondsstyre for Barnefond UNN Narvik	Merete Kristiansen, Narvik sykehus
	9. Kvam-utvalg Akuttmedisinsk	Klinikkjef Jon Mathisen.

<p>NINA NEDREJORD Ninanedrejord@gmail.com 95 73 38 44</p>	<p>klinikk (vara – Thomas Engelskjøn)</p>	<p>Mye mht arbeidsmiljø. Ambulansetjenesten Kjøpsvik – sirkulering av personell på de 3 ulike stasjoner. Ambulansestasjonen i Kjøpsvik skal bemannes med personell fra Narvik etter turnus.</p>
	<p>10.Kvam-utvalg Psykiatri- og rusklinikken (vara – Nina Benjaminsen)</p>	<p>Klinikkchef Eirik Stellander. Endringsprosesser mht effektivisering i gang. Sparetiltak, handlingsplaner utarbeides. Brannvern. Velferdsfond til pasienter.</p>
	<p>11.Prehospitalt sepsisregister og forskningsprosjekt (vara – Ulf J Bergstrøm)</p>	<p>Ikke hørt noe.</p>
	<p>12.Referansegruppe til prosjekt Brukerbanken (vara – Kirsti Baardsen)</p>	<p>Merethe Saga Lønnum kalles inn til BU ved første anledning.</p>
	<p>13.Samisk kompetansegruppe – arbeidsgruppe (vara - Ingolf Kvandahl)</p>	<p>Inger Lise Ebeltoft. Første møte i mai. Skal lage en handlingsplan.</p>
<p>NINA BENJAMINSEN Nina.benjaminsen@unn.no 94 98 76 86</p>	<p>14.Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø-konseptfase-observatør til overordnet medvirkn.gruppe (og Margrethe Larsen)</p>	<p>Tor-Arne Hanssen. Møte 17.01.2023 Konseptfasen er avsluttet. Videre arbeid følges opp av linjeledelsen.</p>
	<p>15.Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe</p>	<p>Ikke hørt noe.</p>
	<p>16.Utvikling av tilbud til voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer</p>	<p>Ikke hørt noe.</p>
	<p>17.FSU Psykisk helse og rus (vara – Esben Haldorsen)</p>	<p>Møte 12.01.2023 Holder på med mandatet. Neste møte 16.03.2023.</p>
	<p>18.Stormottakersatsingen (vara – Sidsel Haldorsen)</p>	<p>Per Erlend Hasvold. Arbeides med digitalt evalueringsskjema. Prosjektet ferdig mars 2023. Ulf oppdaterer.</p>
<p>ULF J BERGSTRØM Ulf.jack.bergstrom@unn.no 95 20 42 53</p>	<p>19.Prostatasenteret ved UNN</p>	<p>Tor Knutsen. Forrige møte 19. oktober. Ikke skjedd noe nytt.</p>
	<p>18.Stormottakersatsingen (vara – Sidsel Haldorsen)</p>	<p>Per Erlend Hasvold. Digitale møter nesten hver uke. Selve prosjektet blir ferdig i mars 2023. Neste møte 08.03. - Veien videre. Hvilke forventninger har du til Stormottakersatsingen? Etablert team utenfor UNN Tromsø.</p>

	20.Kvam-utvalg Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (vara – Terje Olsen)	Klinikkssjef Rolv-Ole Lindsetmo Kontaktperson Merete Andreassen Revisjonsrammer for 2023. Arbeidsgiver-BHT. Sykefravær Fortsatt utfordringer med støy i fb utbedring av kjøkken
	21.FSU Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling (vara – Terje Olsen)	Møte 23.03.2023. Møte i oktober 2022. Vanskelig å følge med.
	22.SSU: Revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtaler for Helsefellesskapet Troms og Ofoten 22.Arbeidsgrupper – Revisjon av tjenesteavtalene i Helsefellesskapet (vara – Kirsti Baardsen)	Gjennomgang av de ulike undergruppene arbeid. Planlagt å lage en mal til alle samarbeidsavtalene. Begge BU-representantene med som fulle deltakere i revisjonsutvalget. Møte 31.01.2023. BU-repr.sitter ikke i undergruppene. Utfodr. å få personell til undergruppene.
LISBETH DYRSTAD Lisbeth.dyrstad@hotmail.com 90 97 63 46	23.Kvam-utvalg NOR-klinikken (vara – Sidsel Haldorsen)	Klinikkssjef Bjørn-Yngvar Nordvåg. (Toril D Nilssen) Årshjul – et tema for hver mnd.som de fordypet seg i.
	24.FSU Fastlegerådet (vara – Ingolf Kvandahl)	Møte 06.01.2023 Kommer personer fra ulike avdelinger og orienterer. Hvordan fastlegene ute i distriktene jobber
	25.Forskningsutvalg NOR	
	26. Postdoc – søknad PhD til Forskningsutvalget	
	27. Poliklinikkprogrammet ved UNN	Målet er å få behandlingstiden ved UNN ned. Jobber veldig bra. Digital konsultasjon også et tema.
THOMAS ENGELSKJØN Thomas.engelskjon@unn.no 92 66 01 01	28.Parkeringsutvalget (vara – Nina Benjaminsen)	Møte 06.12.2022 Nytt navn Mobilitetsutvalget. Mye tid på indeksreulering av parkeringsavgiften. Inntekten går til drift av anleggene. Parkeringshus i Narvik. Vurderer dette i Tromsø også.
	29. Etablering av robotassistert PCI	Ikke hørt noe.
	30. Regionalt prosjekt for digitale pasienttjenester - brukerpanel	Markus Rumpsfeld Møte hver 6. uke. Folk fra Norsk Helsenett og IKT med planer om universell utforming på nettsidene.

		Litt forbedring.
SIDSEL HALDORSEN Sidsehalvorsen168@gmail.com 93 49 09 72	31. Utviklingsplan UNN 2020-2038: Underarbeidsgruppe Bemanning/kompetanse	
	32. FSU Samhandlingsavvik	Møte 15.12.2022
INGOLF KVANDAHL kvandahli@gmail.com 40 84 93 52	33. Kvalitetsutvalget i UNN (vara – Lisbeth Dyrstad)	Fagrevisjon – samordning Siste møte – diskusjon om ambulansetjenesten på Svalbard
	34. Kvam utvalg Hjerte- og lungeklinikken (vara – Gudmund Johansen)	Klinikkssjef Kristian Bartnes
	35. Nye UNN Narvik – skilting	Skiltet på norsk og nordsamisk inne i sykehuset. Lulesamisk på skilt i inngangspartiet. Avklaring 2023
MARGRETHE LARSEN margrethe.helene.larsen@unn.no 41 35 48 98	36. Kvam utvalg Diagnostisk klinikk (vara – Nina Benjaminsen)	Klinikkssjef Grete Åsvang Bente Aune) Møte 06.02.2023. Venter på referat. Neste møte 13.04.2023
	37. Kvam utvalg Operasjons- og intensivklinikken (vara – Kirsti Baardsen)	Klinikkssjef Eva-Hanne Hansen Kirsti møtte 01.03.2023. Venter på referat.
	38. Kvam utvalg Medisinsk klinikk (vara – Thomas Engelskjøn)	Klinikkssjef David Johansen Neste møte er 20.03.23.
GUDMUND R JOHANSEN Gudmund.ruben.johansen@gmail.com 90 56 40 66	4.Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K (prosjektgruppe K3K)	Saken er lagt i bero.
	39. FSU Digital samhandling	
KIRSTI BAARSEN Kibaards@gmail.com 99 70 31 67	40.Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen (vara - Lisbeth Dyrstad)	Ansatt ny frivillighetskoordinator, Susanne Ryan
	4. Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K (prosjektgruppe NOR)	Saken er lagt i bero.
	41. KEK – klinisk etisk komite (vara – Terje Olsen)	Jevnlig møte. Både juridiske og etiske avklaringer.
MILDRID PEDERSEN hpeder@online.no tlf. 90 59 47 19	42.Helse I Arbeid (vara – Terje Olsen)	Samarbeide mellom helse og NAV for å få folk tilbake i arbeid.

MARTIN ANDRE MOE martin.a.moe@gmail.com 41 46 36 07	43.Ref.gruppe for behandlingshjelpemidler	Siste oppdatering mai 2022. Få siste oppdatering.
MERETHE SAGA LØNNUM merethe.saga.lonnum@unn.no 91 53 60 78	44.Utviklingsplan UNN 2020- 2038: Arbeidsgruppe Overordnet	Prosjektet skulle være ferdig i september 2022. Er det ferdig?
MERETE KROHN merete-kr@outlook.com 95 24 25 05	45.Utprøvningsprosjekt: Hjelpemiddel Dolley	Fra Magnus Engeset, UNNs oppfølger mot prosjektet. Mottatt epost fra prosjektlederne: <i>Hei! Vi har fulgt opp planlegging og utbedring av Dolley gjennom høsten. Vi regner med å være klar for uttesting sammen med forskerteamet i slutten av februar. Vi tar nærmere kontakt på nyåret med tanke på planleggingen av uttestingen og hvilke pasientgrupper som bør være med. Vi ser frem til en spennende testperiode på UNN. Elisabeth og Line</i>

Vedtak Brukerutvalget gjennomgikk rapporteringen fra prosjekt og arbeidsgrupper og tar saken til orientering.

BU-10/23 Orienteringssaker

BU-10/23-2 Orientering knyttet til manglende måloppnåelse i forhold til anbefalte forløpstider for pakkeforløp for kreft

Styresaken ble behandlet i styremøte 22.02.2023. Saken er lagt ved som en orientering til Brukerutvalget.

Vedtak Brukerutvalget tar saken til orientering.

BU-11/23 Referatsaker

Følgende vedlegg fremlegges:

1. Protokoll fra møte i BU Sykehusapoteket Nord, 20.10.2022
2. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 09.12.2022 og 26.01.2023
3. Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset 13.12.2022 og 26.01.2023

4. Referat fra møte i BAU, 09.01. og 13.02.2023
5. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, 24.01.2023
6. Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset, 14.02.2023

Vedtak Brukerutvalget tar referatsakene til orientering. BAU-referatene vil bli sendt til Brukerutvalget så snart de er godkjent.

BU-12/23 Eventuelt

1. Oppnevning av brukerrepresentant i utvalget FSU Digital Samhandling

Brukerutvalget har tidligere sendt ut forespørsel om noen av brukerrepresentantene kunne tenke seg å delta i dette utvalget.

Vedtak Brukerutvalget har oppnevnt Gudmund R Johansen som brukerrepresentant i FSU Digital Samhandling, og kontaktinformasjon er formidlet til utvalget.

2. Lærings- og mestringssenteret – utleie av lokale til organisasjoner

(jf epost sendt Brukerutvalget)

Det er ikke kjent blant brukerutvalgets medlemmer at deres organisasjoner bruker UNNs lokaler. Det er kjent at UNN har mangel på møterom og utfordringer med utlån av møterom til egne møter.

Vedtak Brukerutvalget har mottatt henvendelsen, og tar til etterretning at UNN har utfordringer med å leie ut møterom til andre .

Terje Olsen (sign.)
leder

Hilde A Johannessen(sign.)
sekretær

Referatet godkjennes endelig i BU-møte 22.03.2023. Kopi til:

- Helse Nord RHF ved Regionalt Brukerutvalg, 8038 Bodø
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset, Postboks 1480, 8092 Bodø
- Sissel Eidhammer, Nordlandssykehuset
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset, Postboks 601, 8607 Mo I Rana
- Brukerutvalget Helse Finnmark, Sykehusveien 35, 9616 Hammerfest
- Brukerutvalget Sykehusapoteket, Postboks 6147, 9291 Tromsø
- Pasient og brukerombudet i Troms, Fylkeshuset, 9296 Tromsø
- Pasient- og brukerombudet i Nordland, Statens Hus, 8002 BODØ
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark, Hamnegt. 3, 9600 Hammerfest
- Klinisk etikkomite UNN v/Bård Forsdahl
- Lærings- og mestringssenteret, UNN v/ Marita Pedersen
- Kreftforeningen v/ Wenche P Kjølås
- Ungdomsrådet UNN v/ Marit Nordmo

Referat, 20. april 2023

Brukerutvalg, Pasientreiser HF

Dato: 20.04.2023
Sted: Thon Hotel Opera, Oslo
Tid: Kl. 10.00 – 15.00
Møteleder: Hilde Holt

Møtedeltakere: Øystein Kydland, Helse Sør-Øst RHF brukerutvalg
Gunnhild Berglen, Helse Nord RHF brukerutvalg
Tor Johnny Agledal, Helse Vest RHF brukerutvalg
Line Hole, FFO, Forening for autoimmune leversykdommer
Geir Strømsholm, SAFO, LFPS
Elisabeth Wollebek, LFS
Gunnvor Riim Opedal, Pensjonistforbundet
Svein Helgesen, Pensjonistforbundet
Johannes Lofthus, Kreftforeningen

Vararepresentanter

(stiller når ordinær representant er forhindret):

Leif Birger Mækinen, Helse Nord RHF brukerutvalg, vara
Kirsten Refnes, Pensjonistforbundet, vara

Hilde Holt, Pasientreiser HF
Guri Brenden, Pasientreiser HF
Mari Eia Bringedal, Else-Marie Skilbred Hagen, Pasientreiser HF,
sak 19-2023
David Låås, Pasientreiser HF, sak 23-2023

Forfall:

Mona Sundnes, Helse Midt-Norge RHF brukerutvalg
Unn Tone Forfang, FFO, Blindedeforbundet
Dag Utnes, FFO, prostatakreftforeningen

Saksnummer	Tittel	Ansvarlig	Kommentar/vedlegg
17-2023	Godkjenning av referat fra 23. mars 2023 Referatet er godkjent.	HH	
18-2023	Presentasjon av nytt medlem fra Helse Vest RHF sitt brukerutvalg Bakgrunn fra mental helse. Jobbet innen rus og psykiatri, og medleder for barn med autisme. Også oppnevnt som brukerobservatør i Pasientreiser HF sitt styre.	TJA	
19-2023	<p>Status pasientreiseområdet Saksbehandlingstiden er nært målkravet på 11 dager. Pasientreiser HF sjekker om telefoner som blir lagt på før svar telles i statistikken. Svar: Det er bare besvarte samtaler som regnes med i statistikken. Brukerutvalget melder at det er svært ulik grad av svartid lokalt, og det er ønskelig med en bedre og enhetlig telefonitjeneste på pasientreiseområdet.</p> <p>Status ny rekvisisjonspraksis Kommunikasjonsplan for pilotperioden ble gjennomgått Informasjon om ny praksis vil i første instans rettes mot de som bor i pilotområdene. Nasjonal informasjon vil bli gitt når det blir mulig å bestille reise på Helsenorge for alle innbyggere. Behandlere vil ha et skjema de kan bruke som ligger i systemet NISSY når de skal attestere behov til brukere. Innspill fra brukerutvalget: Bruk mediene til å spre informasjon: Fagtidsskrifter, NRK, presse, pressemelding osv. Spesielt om Finnmarkssykehuset: Ha informasjon på nord-samisk, eks. på hvilepulsskjermer.</p> <p>Oppstart av pilot er flyttet fra andre kvartal til tredje kvartal 2023. Forsinkelsen er spesielt knyttet til utfordringer av utviklingsressurser hos Pasientreisere underleverandør.</p>	HH	<p>Se fellespresentasjon.</p> <p>Brukerutvalget vil bli informert på nytt i juni.</p>

	<p>Brukerutvalget er bekymret for fremdriften av rekvisisjonspraksis. Det oppleves som mistenkeliggjøring av pasienter når risikoer som anses som ganske usannsynlige av brukerne løftes opp i arbeidet.</p> <p>Risikoanalysen skal inneholde risikoer og fordeler for pasienter også, ikke bare forvaltningen.</p> <p>Forslag: Invitere Karabin i neste møte for å gi en status i arbeidet.</p> <p>Brukerutvalget mener at det at et fåtall av brukere kan utgjøre en risiko for å misbruke ordningen ikke skal være bestemmende for hvordan ordningen utvikles.</p>		<p>Legg med oversikt over risikoer og tiltak i referatet.</p> <p>Løftes til brukerutvalgets møte i juni. Johanne i Karabin inviteres med i møtet.</p>
20-2023	<p>Saker til styremøtet 25. april Gjennomgang av styresaker til møtet.</p>	HH	Alle styresakene er tilgjengelig på nett.
21-2023	<p>Beslutning vedr. notat ang. satser Notatet ble ferdigstilt i møtet og sendes ut av foretaket med brukerutvalget som kopimottakere.</p>	alle	
22-2023	<p>Innledende sak til: Kommunikasjon med organisasjonene som har valgt representantene i utvalget Rutiner for kommunikasjon. (Ett av fokusområdene for 2023) Hvordan fungerer kommunikasjonen i dag? Dette er ulikt. Noen erfarer at innhold fra brukerutvalget ikke deles tilbake til organisasjonene. Helse Vest jobber med en kompetansebank, der brukerrepresentantene melder inn sine erfaringer. Det finnes et forum som heter brukerforum, her kan man registrere seg på nett, og melde inn kompetansen man har. Viktig å få informasjon tilbake til organisasjonene, men også viktig å støtte brukerne som er representanter i ulike fora. I SAFO er det ikke faste retningslinjer, mens i handikapforbundet er kommet kurs og samlinger for alle som representerer forbundet. Det gis opplæring i utgangspunktet, dette skal</p>	alle	

	<p>vedlikeholdes og utvikles. Målet er å ha kompetente brukerrepresentanter. I Pensjonistforbundet er det inngått avtale om at representanten sender innhold av betydning til forbundet, og administrasjonen der vurderer hva som kan følges opp videre.</p> <p>Kreftforeningens representant har praksis for å melde saker som det er behov å få innspill og refleksjoner til foreningen, og ha dialog ved behov. Ansvaret er lagt på representanten for å føre innspill til organisasjonen fra brukerutvalget.</p> <p>Helse Nord RHF informerer fra referatet til brukerutvalget i Pasientreiser HF.</p> <p>Organisasjonene bør selv også legge ut informasjon på sine nettsider om at de har representanter i Pasientreiser HF sitt brukerutvalg.</p>		
23-2023	<p>Temasak: Pågående og planlagte IKT-utviklingstiltak</p> <p>Brukerutvalget ønsker å være involvert i planlagt utvikling for systemene.</p> <p>David ser betydningen av dette, og støtter innspillet. Det er viktig for forvaltningen å ta med brukernes innspill som også kan føre til kostnadsbesparelser.</p> <p>Utvikling av tjenestene på Helsenorge bør føre til at tjenestene hører sammen. Fullmaktsområdet: Her bør det være mulig å dele dette, slik at man kan gi fullmakt på enkelte områder, men ikke alle. Dette innspillet er meldt videre fra Pasientreiser HF til Norsk Helsenett som er ansvarlige for utvikling av Helsenorge som helhet.</p> <p>Ledsager: Må dokumenteres på papir. I journal bør dette framkomme. Dette bør ses helhetlig.</p> <p>Bør være mulig å betale egenandeler for rekvirerte reiser digitalt, slik at for eksempel foreldre kan betale for barn som reiser alene.</p> <p>Brukerutvalget er positive til at målet er at reiser uten rekvisisjon dekkes automatisk etter at reisen er gjennomført.</p>	DL	Se fellespresentasjon.

<p>24-2023</p>	<p>Tilgjengelighet og servicenivå for pasient telefoni og selvbetjening</p> <p>Tallene på bruk av selvbetjeningsløsning på Helsenorge viser at det er en gradvis økning, men det er ønskelig å få økning i andel som bruker løsningen for reiser med rekvisisjon.</p> <p>Når man har mange reiser framover på Helsenorge, kan det være risiko for å avbestille feil reise? Brukerutvalget ønsker Norsk Helsenett på besøk for å se på om løsningen ivaretar dette godt nok.</p> <p>Har vi kjønnsoversikt over de som bruker selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon?</p> <p>Pasientreiser HF sjekker. Det spørres ikke om kjønn når brukere blir bedt om å vurdere brukervennlighet i løsningen.</p> <p>Brukerutvalget mener det er gjort en god jobb for å gjøre digital søknad enkel for brukerne. Blant annet er det blitt mye enklere å legge med vedlegg til søknaden. Dette gir resultater.</p> <p>Brukerutvalget ønsker disse statusene når foretaket rapporterer på status for pasientreiseområdet.</p>	<p>HH</p>	<p>Se fellespresentasjon.</p> <p>Invitere NHH til å møte i brukerutvalget.</p>

Protokoll

Vår ref.:
2023/94-29

Referent.:
Cecilie Henriksen

Dato:
8.5.2023

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	8. mai 2023
Møtested:	Teams
Neste møte:	2. juni 2023

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	Leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Cecilie Henriksen	rådgiver	Helse Nord RHF
Anders Pedersen	Lærling	Helse Nord RHF

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette møtet i Regionalt brukerutvalg (RBU).

Saksliste:

- RBU-AU sak 10/2023 Møte i Regionalt brukerutvalg 22. mai 2023 – godkjenning av saksliste og tidsplan
- RBU-AU sak 11/2023 Forberedelser til styremøtene – plan for å løfte innspill fra RBU
- RBU-AU sak 12/2023 Egevaluering Regionalt brukerutvalg

RBU AU-sak 10-2023 Møte i Regionalt brukerutvalg 22. mai 2023 – godkjenning av saksliste og tidsplan

Sakslisten til møte i Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Nord RHF 22. mai 2023 ble gjennomgått og drøftet.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget i RBU i Helse Nord RHF (AU RBU) ga sin tilslutning til sakslisten til møtet 22. mai 2023.
2. AU RBU ber om at det i forkant av RBU-møtet 22. mai 2023:
 - a. hentes inn innspill fra brukerrepresentanten som er oppnevnt av Regionalt brukerutvalg til arbeidsgruppen for hørsel, i forbindelse med *RBU-sak 43-223 Gjennomgang av samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Statped.*
 - b. gjøres en avklaring om brukerrepresentanters honorering knyttet til *RBU-sak 45-2023 Regional pasientsikkerhetskonferanse - oppnevning av brukerrepresentant til programkomité.*

RBU AU-sak 11-2023 Forberedelser for styremøtene – plan for å løfte innspill fra RBU

Vedtak:

1. AU RBU ønsker at Regionalt brukerutvalg (RBU) får to observatører i styret til Helse Nord RHF. AU RBU ber om at RBU-leder fremlegger dette i styremøtet i Helse Nord RHF 31. mai 2023, under styresak *Ledelsens gjennomgang 2022.*
2. AU RBU ber om at det opprettes en egen mappe i FirstAgenda for å samle RBUs vedtak i høringssaker og RBUs innspill til planer og strategier.

RBU AU-sak 12-2023 Egevaluering Regionalt brukerutvalg

AU RBU gjennomgikk og redigerte forslag til egevaluering for Regionalt brukerutvalg (RBU) i 2023, som ble fremlagt av administrasjonen i Helse Nord RHF. Behov for opplæring av- og tilrettelegging for medlemmer i RBU ble diskutert.

Vedtak:

1. AU RBU vedtar egevalueringen, med de endringer som kom frem under møtet.
2. AU RBU ber administrasjonen i Helse Nord RHF ferdigstille og sende ut egevalueringen til medlemmene av Regionalt brukerutvalg.
3. AU RBU ønsker at administrasjonen i Helse Nord RHF tilbyr oppfølgingskurs for bruk av digitale verktøy som kan benyttes i arbeidet som RBU-medlem.

Bodø, den 8. mai 2023

*godkjent av Knut Georg Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 0052023 – kl. 16.44*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 22. mai 2023
Vår ref.:
2023/94-28

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen/ Tina Eitran

Dato:
11.5.2023

RBU-sak 48-2023

Eventuelt