



Innkalling
av
Eldrerådet

Møtedato: 28.08.2018
Møtestad: Formannskapssalen, rådhuset
Møtetid: 10.00 - 13.00

Eventuelle forfall må meldast til Tove Mette Arnø Fyllingen per tlf. 474 64 145, sms til 474 64 145 eller per epost til ftm@lindas.kommune.no

Varamedlemmer møter berre etter nærare avtale.

Sakliste

Saknr	Tittel
022/18	Godkjenning av innkalling og sakliste
023/18	Godkjenning av møteprotokoll
024/18	Høyringsuttale til Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sjukdommar
025/18	Høyringsuttale til Utviklingsplan HDS 2018-2035
026/18	Reguleringsplan FV57 Gang- og sykkelveg Skodvin - Vågseidet - Framlegg til 1. gongs handsaming.

20. august 2018

Terje Fjellanger
møteleiar

Tove Mette Arnø Fyllingen
møtesekretær

SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
022/18	Eldrerådet	PS	28.08.2018

Saksbehandlar	ArkivsakID
Nora Gjerde	18/1833

Godkjenning av innkalling og saksliste

Innkalling og saksliste vert godkjent

Saksopplysningar:

SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
023/18	Eldrerådet	PS	28.08.2018

Saksbehandlar	ArkivsakID
Tove Mette Arnø Fyllingen	18/1833

Godkjenning av møteprotokoll

32T

Protokoll - Eldrerådet - 12.06.2018

Møteprotokollen vert godkjent

Saksopplysningar:

Møteprotokoll for Eldrerådet

Møtedato: 12.06.2018
Møtestad: Formannskapssalen, rådhuset
Møtetid: 10:00 - 12:10

Merknader:

Sak 020/18 Høyring - Utviklingsplan, Helse Bergen - VAR ETTERSENDT

Sak 021/18 Høyring - Prehospital plan Helse Bergen - VAR ETTERSENDT

Frammøtte medlemmer	Parti	Rolle
Anna K.Valle	SP	Medlem
Svanhild Eknes		Medlem
Magnhild Marie Haugen		Nestleiar
Terje Fjellanger		Utvalsleiar

Forfall meldt frå medlem:	Parti	Rolle
Alf Sætran		Medlem

Frammøtte varamedlemmer:	Parti	Erstatter medlem
Eldbjørg Valle		Alf Sætran

Følgjande frå administrasjonen møtte:

Kari Hesjedal-avd.leiar forvaltningskontoret, Terese Folgerø-kommuneoverlege, Tove Mette Arnø
Fyllingen-sekretær, Ørjan Raknes Forthun-rådmann

Sakliste

Saknr	Tittel
016/18	Godkjenning av innkalling og sakliste
017/18	Godkjenning av møteprotokoll
018/18	Økonomiplan 2019-2022
019/18	Melding/orientering til eldrerådet 12.06.2018
020/18	Høyringsuttale til Prehospital plan for Helse Bergen HF
021/18	Høyringsuttale til Utviklingsplan 2035 for Helse Bergen HF

016/18: Godkjenning av innkalling og saksliste

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Innkalling og saksliste vert godkjent

12.06.2018 ELDRERÅDET

Ingen merknader, samrøystes.

ER - 016/18 VEDTAK:

Innkalling og saksliste er godkjent.

017/18: Godkjenning av møteprotokoll

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Møteprotokollen vert godkjent

12.06.2018 ELDRERÅDET

Ingen merknader, samrøystes.

ER - 017/18 VEDTAK:

Møteprotokollen er godkjent

018/18: Økonomiplan 2019-2022

Rådmannen sitt framlegg til vedtak

Investeringsbudsjettet for 2019 blir vedteke i samsvar med oppsettet i eigen tabell. Rådmannen skal justere investeringsbudsjettet for 2019 i samsvar med forventta framdrift på prosjekta som pågår i 2018 når budsjettvedtaket for 2019 fattast av kommunestyret i desember 2018.

Økonomiplan for 2019-2022 og rammer for 2019 vert vedteke, jfr eigen tabell. Det endelege budsjettvedtaket for 2019 med korrekt ramme for ordinært rammetilskot og rammer for tenestemråda inkludert lønns – og prisstigning vert vedteken av kommunestyret i desember 2018.

06.06.2018 Ungdomsrådet

Ungdomsrådet takkar Janne Sund og Hogne Haugsdal for god orientering om Økonomiplan 2018-2019.

Ungdomsrådet forstår at kommunen må ta grep for å halda budsjetta i balanse.

Samstundes ynskjer ungdomsrådet å kommentera nokon av innsparingane frå framlegget til Rådmann.

Innsparingar Oppvekst:

Ungdomsrådet opplever at innsparingane frå Oppvekst i hovudsak vil ramma dei mest sårbare elevane i kommunen.

Det er veldig trist at tilbodet på Seim gard no går mot slutten, sjølv om det har sin naturlege årsak. Ungdomsrådet meiner kommunen skulle klårt å finna andre alternative opplæringsarenaer for denne elevgruppa. Ungdomsrådet kjenner mange som har nytt godt av tilbodet på Seim gard, og har høyr

positiv omtale om tilbudet.

Ungdomsrådet er litt usikre på korleis innsparingene med 5-10 årsverk lærarar kan slå ut. Ungdomsrådet spør likevel, vil skulane klara å ta vare på dei mest sårbare elevane som tidlegare kunne nytta tilbod som Seim gard og LOAS?

Ungdomsrådet meiner at budsjettforslaget set store krav til at kvar enkelt skule no i større grad må klara å tilby alternative opplæringsformer og arenaer, som òg klarer å nå inn til dei mest sårbare.

Ungdomsrådet er skeptiske til forslaget om å avvikla 1 årsverk miljøterapeut i skulen.

Ungdomsrådet er bekymra for det psykiske presset som ungdom i dag opplever, og at mange undersøkingar viser at psykiske problem blant unge stadig er aukande.

Ungdomsrådet meiner at det aller viktigaste i skulekvardagen er trivsel. At det er viktigare å trivast sosialt på skulen enn å vera flink i skulefaga.

Fleire av medlemmane i ungdomsrådet har sjølv fått oppleve kva for ein ressurs og tyding det har når skulen har miljøterapeut eller miljøarbeidar på skulen.

At det er tilsette på skulen som jobbar miljøretta har vore veldig positivt for det generelle elevmiljøet på dei skulane der eit slikt tilbod finst. I tillegg har dette tilbudet vore positivt for dei enkelte elevane som har hatt behov for å snakka med ein litt uavhengige voksen om ulike utferdingar. På den måten veg miljøterapeuten opp for at det ikkje alltid er ei helsesyster tilgjengeleg, og dei er viktige for å skapa god trivsel.

Ungdomsrådet meiner kommunen burde ha som ambisjon at alle skulane har tilbod om miljøterapeut minst to gonger i veka, og at isolert sett er det større konsekvensar for elevmiljøet og trivselen ved å avvikla 1 årsverk miljøterapeut samanlikna med 1 årsverk lærer.

Ungdomsrådet meiner at når tilbod som Seim gard og LOAS avviklast, og helsesystemene må utføra fleire sekretæroppgåver og det vert færre lærarar, så burde kommunen kompensera dette med å styrkja ressursane til miljøarbeid i skulane og heller auka rammene til miljøterapeutar.

Hall Ostereidet

Ungdomsrådet ynskjer at kommunen held på den opphavlege planen om å byggja ein ny hall på Ostereidet allereie i 2019 .

Ungdomsrådet er redd for at ein utsetting på 3 år kan vera starten på fleire rundar med utsetting, då det vil vera opp til nytt kommunestyre i Alver kommune å ta denne saka vidare og ingen veit kva for prioriteringar eit nytt kommunestyre måtte opptakast av.

Ungdomsrådet meiner det er uheldig å utsetja bygginga, når kommunen alt har engasjert mange ungdommar både i samband med områdeplan for Ostereidet og i samband med innspel til byggeprogram for den nye hallen.

Ungdomsrådet har tidlegare handsama saka om ny hall på Ostereidet, som dei stiller seg veldig positive til.

Ungdomsrådet meiner at ein styrking av tilbudet på Ostereidet vil gjera det meir attraktivt for ungdom i området Hjelmås-Leiknes å velja Ostereidet ungdomsskule. Når det i dag er ei utfordring at mange elevar søkjer seg til Knarvik ungdomsskule, vil det fór kommunen som heilskap vere lurt å gjera Ostereidet meir attraktivt.

Ungdomsrådet har allereie i samband med byggeprogram for den nye hall gjeve innspel om at det bør setjast av areal til ungdom, gjerne ein ungdomsklubb. Ungdomsskuleelevar på Lindås og Knarvik har tilgjenge til fleirbrukshall, det har ikkje elevane på Ostereidet.

UR - 024/18 UTTALE:

Ungdomsrådet takkar Janne Sund og Hogne Haugsdal for god orientering om Økonomiplan 2018-2019.

Ungdomsrådet forstår at kommunen må ta grep for å halda budsjetta i balanse.

Samstundes ynskjer ungdomsrådet å kommentera nokon av innsparingane frå framlegget til Rådmann.

- Innsparingar Oppvekst:

Ungdomsrådet opplever at innsparingane frå Oppvekst i hovudsak vil ramma dei mest sårbare elevane i kommunen.

Det er veldig trist at tilbodet på Seim gard no går mot slutten, sjølv om det har sin naturlege årsak. Ungdomsrådet meiner kommunen skulle klårt å finna andre alternative opplæringsarenaer for denne elevgruppa. Ungdomsrådet kjenner mange som har nytt godt av tilbodet på Seim gard, og har høyrte positiv omtale om tilbodet.

Ungdomsrådet er litt usikre på korleis innsparingane med 5-10 årsverk lærarar kan slå ut.

Ungdomsrådet spør likevel, vil skulane klara å ta vare på dei mest sårbare elevane som tidlegare kunne nytta tilbod som Seim gard og LOAS?

Ungdomsrådet meiner at budsjettforslaget set store krav til at kvar enkelt skule no i større grad må klara å tilby alternative opplæringsformer og arenaer, som òg klarer å nå inn til dei mest sårbare.

Ungdomsrådet er skeptiske til forslaget om å avvikla 1 årsverk miljøterapeut i skulen.

Ungdomsrådet er bekymra for det psykiske presset som ungdom i dag opplever, og at mange undersøkingar viser at psykiske problem blant unge stadig er aukande.

Ungdomsrådet meiner at det aller viktigaste i skulekvardagen er trivsel. At det er viktigare å trivast sosialt på skulen enn å vera flink i skulefaga.

Fleire av medlemmane i ungdomsrådet har sjølv fått oppleve kva for ein ressurs og tyding det har når skulen har miljøterapeut eller miljøarbeidar på skulen.

At det er tilsette på skulen som jobbar miljøretta har vore veldig positivt for det generelle elevmiljøet på dei skulane der eit slikt tilbod finst. I tillegg har dette tilbodet vore positivt for dei enkelte elevane som har hatt behov for å snakka med ein litt uavhengige voksen om ulike utfordringar. På den måten veg miljøterapeuten opp for at det ikkje alltid er ei helsesystem tilgjengeleg, og dei er viktige for å skapa god trivsel.

Ungdomsrådet meiner kommunen burde ha som ambisjon at alle skulane har tilbod om miljøterapeut minst to gonger i veka, og at isolert sett er det større konsekvensar for elevmiljøet og trivselen ved å avvikla 1 årsverk miljøterapeut samanlikna med 1 årsverk lærer.

Ungdomsrådet meiner at når tilbod som Seim gard og LOAS avviklast, og helsesystemene må utføra fleire sekretæroppgåver og det vert færre lærarar, så burde kommunen kompensera dette med å styrkja ressursane til miljøarbeid i skulane og heller auka rammene til miljøterapeutar.

- Hall Ostereidet

Ungdomsrådet ynskjer at kommunen held på den opphavlege planen om å byggja ein ny hall på Ostereidet allereie i 2019 .

Ungdomsrådet er redd for at ein utsetting på 3 år kan vera starten på fleire rundar med utsetting, då det vil vera opp til nytt kommunestyre i Alver kommune å ta denne saka vidare og ingen veit kva for prioriteringar eit nytt kommunestyre måtte opptakast av.

Ungdomsrådet meiner det er uheldig å utsetja bygginga, når kommunen alt har engasjert mange ungdommar både i samband med områdeplan for Ostereidet og i samband med innspel til byggeprogram for den nye hallen.

Ungdomsrådet har tidlegare handsama saka om ny hall på Ostereidet, som dei stiller seg veldig positive til.

Ungdomsrådet meiner at ein styrking av tilbodet på Ostereidet vil gjera det meir attraktivt for ungdom i området Hjelmås-Leiknes å velja Ostereidet ungdomsskule. Når det i dag er ei utfordring at mange elevar søkjer seg til Knarvik ungdomsskule, vil det før kommunen som heilskap vere lurt å gjera Ostereidet meir attraktivt.

Ungdomsrådet har allereie i samband med byggeprogram for den nye hall gjeve innspel om at det bør setjast av areal til ungdom, gjerne ein ungdomsklubb. Ungdomsskuleelevar på Lindås og Knarvik har tilgjenge til fleirbrukshall, det har ikkje elevane på Ostereidet.

07.06.2018 Administrasjonsutvalet

Økonomisjef Janne Sund orienterte.

Framlegg:

Økonomiplan 2019- 2022 vert teke til orientering.

Framlegget vart samrøystes vedteke.

Uttale til økonomiplanen frå Utdanningsforbundet Lindås

Rådmannen kjem med forslag til store kutt innan skule. Kommunalsjef Kristin Moe meiner at kutta er akseptable. Om ein har oversikta over alle relevante tal og faktorar, er det for Utdanningsforbundet Lindås ikkje mogleg å vere einig med kommunalsjefen.

Her er dei viktigaste tala:

Frå skuleåret 2015/16 til og med skuleåret 2018/19:

- Lærarårsverka er kutta frå 214 til 197, ei nedgang på nesten 9%.
- Elevtalet har auka frå 1920 til 1970 elevar, ei auke på 2,5%.
- Sekretærstillingane i skulen vert kutta med 17% frå skuleåret 2017/18 til 2018/19.

Frå skuleåret 2015/16 til og med skuleåret 2020/21 med dei kutta som no er føreslått:

- Lærarårsverka er kutta frå 214 til 187, ei samla nedgang på over 14%. I tillegg forsvinn dei spesialpedagogane som er på Læringscenteret når det skal leggast ned.
- Sekretærstillingane er redusert med 31%.
- PPT er kutta med èitt årsverk, som utgjer eit kutt på over 10%.
- Elevtalsprognosen med ei auke på 2-3% kvart år dei neste åra seier oss at elevtalet på desse fem åra aukar frå 1920 til 2050, ei auke på over 9%.

Lindås kommune har ein god Kvalitetsplan for oppvekst, som seier mykje om korleis kvaliteten skal vere i Lindåsskulane. Dei kutta som allereie er gjennomførte, og dei som no er foreslått, vil i praksis gjera det umogleg å nå måla i planen.

Det vi allereie opplever, er at mobbetala blant elevane går opp. Skulane opplever større og større utfordringar med krevjande elevåtferd. Sjukefråveret til dei tilsette i skulane, som tradisjonelt har vore lågt, er aukande. Færre og færre tilsette skal undervise, støtte, hjelpe og ha omsorg for fleire og fleire elevar. Spesialpedagogisk spisskompetanse forsvinn, noko som aukar utfordringane ytterlegare på den einskilde skule. Krevjande elevåtferd har gjort at kommunen dei siste åra har tilsett miljøterapeutar i skulane. Miljøterapeutane gjer ein fantastisk jobb både med dei mest krevjande og dei mest sårbare elevane. No skal det kuttast i dette tilbodet òg.

Det har i årevis vore sagt at skulane i Lindås kommune i økonomi og bemanning ligg over nivået for samanliknbare kommunar (same kommunegruppe). Desentralisert skulestruktur og naudsynt deling i nynorsk- og bokmålsklassar er to av årsakene til at dette tidlegare har vore tilfellet. Då vi gjekk inn i GSI-tala for skuleåret 2016/17, og samanlikna kvar einskild skule i Lindås kommune med tilsvarende skular (elevtal, skuletype) i andre kommunar, fann vi at Lindåsskulane låg under gjennomsnittleg ressursbruk. Ressursnivået var allereie då lågare enn til dømes i Meland og Radøy.

Lindås kommune som skuleeigar har stort fokus på læringsmiljø og læringsresultat. Utdanningsforbundet Lindås meiner at dei kutta som no er foreslått, uunngåeleg vil gå ut over miljøet og resultatata, og vi vil oppleve nok ei auke i oppmeldingane til PPT når det ikkje er bemanning nok til å gje elevar som treng tilpassa undervisning det dei treng innanfor ordinær undervisning. Elevar og tilsette skal meir enn berre å overleva skuledagane, - dei skal læra og trivast òg.

Knarvik 7.juni 2018
Jarle Næss, HTV Utdanningsforbundet Lindås

ADM - 003/18 UTTALE:

Økonomiplan 2019- 2022 er teke til orientering.

11.06.2018 Arbeidsmiljøutvalet

Økonomisjef Janne Sund orienterte.

Merknad frå HTV utdanningsforbundet: dersom bygging ny barnehage på Lindås vert utsett må det gjenninførast midlar til vedlikehald av eksisterande barnehage.

Meldinga er teke til orientering med merknad, samrøystes.

AMU - 016/18 UTTALE:

Økonomiplan 2019-2022 er teke til orientering med merknad.

12.06.2018 ELDRERÅDET

Rådmann Ørjan Raknes Forthun orienterte.

Framlegg til uttale:

Eldrerådet er svært uroa over framlegget i økonomiplanen som gjeld nedlegging/innsparing på 20 sjukeheimsplassar. Dette i ei tid då kommunedelplan for helse og omsorg viser at det i tida fram til 2025 vert ei auke i tal personar 80+ på 150.

Framlegget vart samrøystes vedteke.

ER - 018/18 UTTALE:

Eldrerådet er svært uroa over framlegget i økonomiplanen som gjeld nedlegging/innsparing på 20 sjukeheimsplassar. Dette i ei tid då kommunedelplan for helse og omsorg viser at det i tida fram til 2025 vert ei auke i tal personar 80+ på 150.

019/18: Melding/orientering til eldrerådet 12.06.2018

Rådmannen sitt framlegg til vedtak

Meldinga vert teke til orientering.

12.06.2018 ELDRERÅDET

Orientering i møte:

Retningslinjer for helse- og omsorgstenester i samband med ferie/feriereiser ved leiar forvaltningskontoret Kari Hesjedal

Rådmannen sitt framlegg vart samrøystes vedteke.

ER - 019/18 VEDTAK:

Meldinga vert teke til orientering.

020/18: Høyringsuttale til Prehospital plan for Helse Bergen HF

Rådmannen sitt framlegg til vedtak

Lindås kommune gir uttale i samsvar med vurderingane gitt i saksutgreiinga

12.06.2018 ELDRERÅDET

Kommuneoverlege Terese Folgerø orienterte.

Rådmannen sitt framlegg vart samrøystes vedteke.

ER - 020/18 UTTALE:

Lindås kommune gir uttale i samsvar med vurderingane gitt i saksutgreiinga

021/18: Høyringsuttale til Utviklingsplan 2035 for Helse Bergen HF

Rådmannen sitt framlegg til vedtak

Lindås kommune gir uttale i samsvar med vurderingane gitt i saksutgreiinga

12.06.2018 ELDRERÅDET

Kommuneoverlege Terese Folgerø orienterte.

Rådmannen sitt framlegg vart samrøystes vedteke.

ER - 021/18 UTTALE:

Lindås kommune gir uttale i samsvar med vurderingane gitt i saksutgreiinga

SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
024/18	Eldrerådet	PS	28.08.2018
030/18	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	PS	27.08.2018
	Levekårsutvalet	PS	
	Kommunestyret	PS	

Saksbehandlar	ArkivsakID
Terese Folgerø	18/2258

Høyringsuttale til Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sjukdommar

Vedlegg:

Høyring - utkast til Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sjukdommar og utkast til Mandat for og sammensetning av kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser Nasjonal beredskapsplan(371163)

Rådmannen sitt framlegg til vedtak

Lindås kommune gir uttale i samsvar med vurderingane gitt i saksutgreiinga

Saksopplysningar:

Saka skal til uttale i eldreråd, råd for menneske med nedsett funksjonsevne

Saka skal til innstilling i levekårsutvalet

Saka skal avgjerast i kommunestyret

Bakgrunn

Helse og omsorgsdepartementet har sendt «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer» på høyring med frist for uttale 24. september 2018. Planen omhandlar handtering av utbrott og legger føringar for korleis dei helsemessige konsekvensane skal førebyggas, handteras og avgrensas i alle samfunnssektorar. Formålet med planen er å hindre sjukdom og død og å legge til rette for å kunne oppretthalde nødvendige samfunnsfunksjonar i alle sektorar.

Alvorlige smittsame sjukdommar er infeksjonssjukdomar som kan medføre høy dødelegheit eller sjukelegheit i befolkninga, og som krev særlig omfattande tiltak. Infeksjonssjukdomar utgjer ein betydeleg trussel mot den globale folkehelsa. Befolkningsvekst, urbanisering, klimaendringar, ein global matmarknad og auka reiseaktivitet er noen tilhøve som bidreg til at

utbrott oppstår hyppigare enn tidlegare og raskt kan spreias over store avstandar.

Forslaget til Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer er basert på gjeldande lovverk og er underordna Nasjonal helseberedskapsplan, som er eit nasjonalt rammeverk for alle typar helsekriser.

Vurdering

Slik rådmannen ser det gir forslaget til plan ein god oversikt over korleis arbeidet med å førebyggje og handtere utbrott av alvorlege smittsame sjukdomar er organisert.

Formålet med planen er å hindre sjukdom og død og å legge til rette for å kunne oppretthalde nødvendige samfunnsfunksjonar i alle sektorar. Utkastet til plan gir grunnlag for bekymring for at den legg til grunn ein ressurstilgang og ei organisering av helsetenestene som ikkje spegler realitetane godt nok. Dette er særskilt viktig sidan den føreliggande Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer er ein del av eit sentralt hierarki av planar, og derfor legg grunnlag for andre beredskapsplanar, sjå figur (frå planen: tabell 1)



Det er grunn til å peike på følgjande:

1. Kommunane har ikkje berre helsetenesteyting som oppgåve, men treng personell og ressursar til eit mangfald av oppgåver knytt til å oppretthalde nødvendige samfunnsfunksjonar i alle sektorar.
2. Ved eit større utbrott av smittsam sjukdom, som ein pandemi, vil alle delar av den kommunale helse- og omsorgstenesta få auka belastning. Personar som vanlegvis klarer seg sjølv eller med hjelp frå pårørande vil kunne trenge heimesjukepleie. Pasientar som vanlegvis greier seg med heimesjukepleie vil kunne trenge innleggelse i sjukeheim eller i kommunale øyeblikkeleg hjelp døgplassar. Tilsette i kommunen si helse- og omsorgsteneste vil og bli sjuke. Kommunen vil ha auka belastning og reduserte ressursar. Alt dette kan skje før sjukehusa merker auka pågang av pasienter og lenge før det blir pressa intensivkapasitet. Tilsette i alle sektorar vil bli råka av sjukdom, og dette vil kunne føre til ekstra personellmangel i helse- og omsorgstenestene på grunn av stengte barnehagar mm.

3. I punktet 4.9.1. Spesialisthelsetjenesten skriv ein: «For å avlaste sykehusene i en presset situasjon med mange innleggelser som følge av alvorlig smittsom sykdom bør de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak inneholde kriterier for innleggelse, utskrivning o.l.». Ved eit større utbrott av til dømes ein pandemi, er det kommunane som vil bli ramma først og hardest. Årsaka til at pasientar i aukande grad blir innlagde i sjukehus, er at dei er for mange og for sjuke til å bli tatt hand om i kommunen si helse- pleie og omsorgstjeneste. Ein kan derfor ikkje legge til grunn at det vil vere ein reservekapasitet i kommunane som kan «avlaste» sjukehusa.
4. Den lovpålagde samarbeidsavtala etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 6 mellom sjukehus og spesialsithelsetenesten er ikkje eigna for å gje detaljerte kriterier for innleggelse eller utskrivning ut over det som framgår av lovverket elles; mellom anna Lov om kommunale helse og omsorgstjenester, Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet, Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9 (inkludert pkt a-e) om vilkår for at en pasient er utskrivningsklar. Dersom det er nødvendig med større endringer i korleis oppgåvedelinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta skal vere, vil det bli nødvendig at tydelege kriterier blir utarbeidd sentralt. Dersom det er nødvendig å prioritere intensivkapasitet til pandemiramma pasientar, slik at pasientar med til dømes lårhalsbrott ikkje skal innleggast i sjukehus, er det nødvendig at sentrale helsemyndigheiter tar ansvaret for denne nedringa.
5. Pkt 4.9.2. «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten» skildrer korleis kommunane kan bistå spesialsithelsetenesta ved eit mindre utbrott av ein smittsam sjukdom. Punktet omtaler ikkje dei utfordringane kommunane vil ha ved eit større utbrott, som til dømes ein pandemi, der det ikkje vil vere tilstekkjeleg kapasitet i kommunane, verken når det gjelde sengeplassar, legar eller anna helsepersonell.
6. Ved ein pandemi må kommunane i tillegg bruke store ressursar på masevaksinasjon.
7. I kapitlet 5. «Økonomiske- og administrative forhold» skriv ein «På generelt grunnlag har den enkelte virksomhet et selvstendig ansvar for å finansiere egen organisering og eget arbeid under utbrudd samt tiltak etter denne planen.» Ved eit større utbrott der alle samfunnssektorar og alle nivå i helsetenesta er ramma, bør planen omhandle korleis primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta kan administrerast som ei helseteneste. Det foregår kontinuerleg ei oppgåveoverføring frå sjukehus til kommunar, utan at dei samla utfordringane og ressursane blir sett under eitt. I ein situasjon med auka oppgåver og reduser ressurstilgang for alle, vil det kunne utgjere ein risiko for befolkninga dersom sentrale helsemyndigheiter legg til grunn at kommunane har ressursar og arbeidsmåter som ikkje er realistiske.



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Høringsliste

Iht.

Deres ref

Vår ref

Dato

18/2672-1

22. juni 2018

HØRING - Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og Mandat for og sammensetning av Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere, samt mandat for Fylkesmannen

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sender ved dette på høring utkast til:

- Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og
- Mandat for og sammensetning av Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere, samt mandat for Fylkesmannen

Helse- og omsorgsdepartementet har, som ledd i oppfølgingen av [Nasjonal strategi for CBRNE beredskap 2016-2020](#) utarbeidet utkast til Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og Mandat for og sammensetning av Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere, samt mandat for Fylkesmannen.

I strategien fremgår det at HOD, med utgangspunkt i erfaringer fra hendelser og øvelser, skal videreutvikle beredskapen mot biologiske hendelser og fastsette Nasjonal beredskapsplan mot alvorlig smittsomme sykdommer, og etablere en tverrsektoriell samarbeidsarena for forebygging, beredskap og håndtering av biologiske hendelser på direktoratsnivå.

Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer

Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer er utarbeidet med utgangspunkt i et forslag Helsedirektoratet. Formålet med planen er å hindre sykdom og død og å legge til rette for å kunne opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner i alle sektorer. Planen omhandler håndtering av utbrudd og legger føringer for hvordan de helsemessige konsekvensene skal forebygges, håndteres og begrenses i alle samfunnssektorer. Planen er basert på gjeldende lovverk og er underordnet [Nasjonal helseberedskapsplan](#), som er et nasjonalt rammeverk for alle typer helsekriser.

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org.nr.
983 887 406

Avdeling
Administrasjonsavdelingen

Saksbehandler
Else Janne Berge
Andersen
22 24 85 15

Dersom det inntreffer en hendelse hvor det er behov for å anvende Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer før den er formelt godkjent, vil departementet fastsette høringsutgaven av planen for midlertidig bruk.

Mandat for og sammensetning av Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser

Mandatet har til formål å sikre koordinert nasjonal håndtering av biologiske hendelser, ved å etablere et kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser, med rådgivere og sekretariat, samt klargjøre rollen til fylkesmannen som kriseutvalgets regionale ledd. Gjennom tverrsektorielt samarbeid er formålet å kunne stille ekspertise til rådighet og sørge for rask koordinert iverksettelse av tiltak for å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser ved biologiske hendelser. Mandatet er i hovedsak bygget opp på samme måte som mandatet til [Kriseutvalget for atomberedskap](#), med noen forskjeller for å tilpasse det til helseforvaltningens regelverk og organisering på smittevernområdet, hvor kompetansen er delt mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Det er lagt opp til at Kriseutvalg for biologiske hendelser skal koordinere innsatsen, med utgangspunkt i de fullmakter som er gitt til de deltakende virksomhetene etter gjeldende regelverk, blant annet smittevernloven, helseberedskapsloven og politiloven. Det er ikke foreslått særskilte fullmakter til selve Kriseutvalget utover dette.

Høringsuttalelser kan leveres digitalt på departementets nettsider:

<https://www.regjeringen.no/id2604035> innen 24.09.2018.

Høringsinstansene kan registrere seg, mellomlagre svaret og laste opp vedlegg.

Høringsinstansene kan også sende høringssvar uten å registrere seg.

Høringsinstansene blir bedt om å vurdere om saken bør sendes til underliggende etater eller virksomheter, tilknyttede virksomheter, medlemmer e.l. Alle kan gi høringsuttalelser.

Høringsuttalelser er som hovedregel offentlige etter offentlighetsloven og vil bli publisert.

Spørsmål til saken kan rettes til departementet ved avdelingsdirektør Else J.B. Andersen på telefon 22248515 eller spesialrådgiver Karl-Olaf Wathne på telefon 22248642.

Med hilsen

Ole T. Andersen (e.f.)
ekspedisjonssjef

Else Janne Berge Andersen
avdelingsdirektør

Vedlegg

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

28.05.18

**Nasjonal beredskapsplan
mot utbrudd
av alvorlige smittsomme sykdommer**

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
2. Definisjoner, mål og strategier	4
3. Tiltak for å overvåke og oppdage utbrudd	5
3.1. Melding av smittsomme sykdommer	5
3.2. Varsling av smittsomme sykdommer	5
3.2.1. Varsling av enkeltsykdommer	6
3.2.2. Varsling om utbrudd av smittsom sykdom utenfor helseinstitusjon	6
3.2.3. Varsling om utbrudd av smittsom sykdom i helseinstitusjon	7
3.2.4. Varsling om overlagt spredning av smittestoffer	7
3.2.5. Internasjonale varslingssystemer	7
3.2.6. Varsling etter internasjonalt helsereglement (IHR)	7
3.2.7. Varsling av Oslo universitetssykehus og CBRNE-senteret	7
3.2.9. Vaksineutlevering	8
3.3. Rapportering fra helse- og omsorgstjenesten	8
4. Tiltak ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom	10
4.1. Generelle virkemidler ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom	10
4.2. Valg av smitteverntiltak	11
4.2.1. Vedtak om forskjellig smitteverntiltak	12
4.2.2. Tvangsvedtak	12
4.2.3. Hastevedtak	12
4.3. Utbruddsopklaring	12
4.4. Folkehelseinstituttets feltepidemiologiske gruppe	12
4.5. Medisinsk mikrobiologisk diagnostikk og beredskap	13
4.6. Første vurdering og undersøkelse ved alvorlig smittsom sykdom	14
4.7. Generelt om behandling, isolering og transport	15
4.8. Håndtering av alvorlig smittsom sykdom	15
4.8.1. Valg av behandlingssted	15
4.8.2. Krav til sykehusisolater	15
4.8.3. Spesialtransport av pasient med høyrisikosmitte	15
4.8.4. Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte	16
4.9. Behandlingskapasitet og kohortisolering ved store utbrudd	16
4.9.1. Spesialisthelsetjenesten	16
4.9.2. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten	18
4.10. Legemidler	18
4.10.1. Beredskapslagre	18
4.10.2. Godkjenning og import	18
4.11. Vaksiner	18

4.11.1. Vedtak om vaksinerings i beredskapssituasjoner	19
4.11.2. Innkjøp av vaksine	20
4.11.3. Iverksetting av vaksinasjon.....	20
4.11.4. Prioritering av grupper for vaksinasjon	20
4.12. Biosikkerhet og biosikring	20
4.13. Dekontaminering (sanering)	21
4.14. Smittfarlig avfall i helse- og omsorgstjenesten: Håndtering, transport og avløpsvann.....	21
4.14.1. Håndtering og transport av avfall og farlig gods	21
4.14.2. Avløpsvann.....	21
4.15. Håndtering av døde	22
4.16. Gratis tjenester og tiltak.....	22
5. Kommunikasjon og informasjon	22
5.1. Ansvar, roller og samordning av kommunikasjonsarbeidet	22
5.2 Målgrupper	23
5.3 Kommunikasjonskanaler.....	23
5.4. Aktuelle kommunikasjons tiltak	24
5.5. Loggføring/dokumentasjon.....	24
6. Etske utfordringer	24
7. Psykososial støtte	25
5. Økonomiske- og administrative forhold	25
8. Øvelser og opplæring	26
9. Internasjonalt samarbeid.....	26
10. Begreper og definisjoner	27
11. Lovgrunnlag.....	29
Vedlegg. Viktige institusjonelle aktører og deres samhandling	31

1. Innledning

Nasjonal beredskapsplan mot alvorlige smittsomme sykdommer omhandler håndtering av utbrudd og legger føringer for hvordan de helsemessige konsekvensene skal forebygges, håndteres og begrenses i alle sektorer av samfunnet.

Planen er basert på gjeldende lovverk og er underordnet Nasjonal helseberedskapsplan, som er et nasjonalt rammeverk for alle typer helsekriser. Formålet med denne planen er å hindre sykdom og død og å legge til rette for å kunne opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner i alle sektorer.

Alvorlige smittsomme sykdommer er infeksjonssykdommer som kan medføre høy dødelighet eller sykkelighet i befolkningen som krever særlig omfattende tiltak. Infeksjonssykdommer utgjør en betydelig trussel mot den globale folkehelsen. Befolkningsvekst, urbanisering, klimaendringer, et globalt matmarked og økt reiseaktivitet er noen forhold som bidrar til at utbrudd oppstår hyppigere enn tidligere og raskt kan spres over store avstander.

De senere årene har flere internasjonale utbrudd av sykdommer som SARS, Middle East Respiratory Syndrom (MERS), pandemisk influensa, ebolavirussykdom og zika krevd stor beredskapsinnsats i Norge. I tillegg har norsk helsetjeneste måttet håndtere flere innenlandske alvorlige utbrudd av sykdom som er sjeldne i vårt land som utbrudd med enterohemoragisk E.coli (EHEC), legionella og Giardia lamblia. Erfaringer fra disse utbruddene tilsier at det er nødvendig å opprettholde og forbedre vår beredskap mot utbrudd av smittsomme sykdommer. Det er i tillegg utarbeidet egne nasjonale planer og veiledere for enkelt sykdommer. Disse inneholder mer sykdomsspesifikke råd for helse- og omsorgstjenesten og befolkningen (tabell 1).

Tabell 1. Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer



Nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer må leses i sammenheng med underliggende nasjonale planer for henholdsvis ebola, kopper og pandemisk influensasykdom. Disse planverkene er relevante for alle nivåer av norsk helsetjeneste. I tillegg er det utgitt ulike veiledere:

Generelle relevante veiledere er: «Smittevernveilederen», «Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell», «Isoleringsveilederen», «Utbruddsveilederen (sykdomsutbrudd forårsaket av smitte fra matvarer, drikkevarer, drikkevann eller dyr)».

Sykdomsspesifikke veiledere er: «Ebolaveilederen», «Faglige råd for prehospital håndtering og transport ved ebolavirussykdom», «Forebygging av legionellasmitte – en veiledning», «Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta», «Tuberkuloseveilederen».

Ved utbrudd av andre alvorlige smittsomme sykdommer med risiko for spredning i Norge, vil det ved behov bli utarbeidet ytterligere planer og veiledere.

2. Definisjoner, mål og strategier

Begrepet "alvorlig smittsom sykdom" er ikke definert i lovverket. I denne planen brukes begrepet "alvorlig smittsom sykdom" om en sykdom som kan føre til høy dødelighet eller sykkelighet i befolkningen og som krever særlig omfattende tiltak. I praksis vil det være Folkehelseinstituttet som vurderer om en det foreligger et utbrudd av en alvorlig smittsom sykdom.

Slike sykdommer vil som oftest, men ikke alltid, være definert som allmennfarlige etter smittevernloven og fastsatt i forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. Dersom en sykdom er definert som allmennfarlig smittsom sykdom etter smittevernloven vil det være egne regler i smittevernlovens som kommer til anvendelse, når det gjelder for eksempel smitteoppsporing, hvilke smitteverntiltak som kan benyttes og bruk av tvang.

Smittevernloven skjelner mellom allmennfarlig smittsom sykdom og andre smittsomme sykdommer. En rekke av lovens bestemmelser gjelder bare for de allmennfarlige smittsomme sykdommene. Disse er regulert i egen forskrift.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har myndighet til å fastsette endring i forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer.¹ Ved vurderingen av hvilke sykdommer som bør regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer tar departementet utgangspunkt i lovens definisjon av allmennfarlig smittsom sykdom.² I vurderingen vil departementet også ta med begrunnede råd og faglige vurderinger fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Den faglige vurderingen vil være avhengig av situasjonen. Gitt den konkrete situasjonen kan en forskriftsendring skje raskt og uten forutgående høring, jf. forvaltningslovens unntaksregler omkring dette.

Målet med planen er å sikre en felles nasjonal beredskapsplanlegging for å håndtere et utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og å legge til rette for at man under et utbrudd kan opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner innenfor alle sektorer, ved å:

- forebygge og begrense smittespredning, sykdom og død
- gi behandling og omsorg til syke og døende
- opprettholde tillit og trygghet i samfunnet ved å gi kunnskapsbasert og helhetlig informasjon og retningslinjer til befolkningen, til alle samfunnssektorer og til norske borgere i utlandet
- bidra til å opprettholde vitale samfunnsfunksjoner

Strategiene for å forebygge og møte utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer vil variere noe, avhengig av type utbrudd, men vil rette seg mot:

- Overvåking, varsling og klargjøring av situasjonen gjennom rapportering
- Generelle hygienetiltak (f.eks. hånd- og hostehygiene)
- Vaksinasjon
- Medisinsk behandling av syke - v/ behov omstille og omdisponere ressurser, og på den måten øke kapasiteten.
- Isolering/karantene

¹ Smittevernloven § 1-3.

² Smittevernloven § 1-3 første ledd nr. 3.

3. Tiltak for å overvåke og oppdage utbrudd

Folkehelseinstituttet har ansvaret for å overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen. Overvåkingen er regulert i forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) og IHR-forskriften³ som beskriver varslingsplikter for helsepersonell og andre myndigheter.

Smittevernloven § 2-2 åttende ledd gir kommunelege, fylkesmannen, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet adgang til å kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan i en smittesituasjon etablere utbruddsregistre med helseopplysninger for å håndtere beredskapssituasjoner, i samsvar med helseberedskapsloven § 2-4.

Overvåking ved utbrudd bør planlegges og tilrettelegges før et utbrudd oppstår. Det bør tilstrebes å bruke etablerte og kjente rapporteringsmetoder- og systemer slik at man unngår ad hoc-løsninger. I en utbruddssituasjon kan likevel nye typer overvåking startes opp. Etablering av slik overvåking bør gjøres etter at man har beskrevet og dokumentert behovet for slik overvåking.

3.1. Melding av smittsomme sykdommer

Melding av smittsomme sykdommer gjøres i utgangspunktet med ordinær MSIS-melding som sendes inn av legen og laboratoriet som påviser det aktuelle agens, ifølge MSIS-forskriften. Hvilke sykdommer som skal meldes følger av vedlegg til forskriften. Folkehelseinstituttet er databehandlingsansvarlig for innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Meldingssystemet skal bidra til overvåkingen av smittsomme sykdommer hos mennesker i Norge gjennom fortløpende og systematisk innsamling, analyse, tolkning og rapportering av opplysninger om forekomst av smittsomme sykdommer og dermed legge grunnlaget for blant annet å beskrive forekomsten av smittsomme sykdommer over tid og etter geografiske og demografiske forhold. Systemet skal også oppdage og bidra til å oppklare utbrudd av smittsomme sykdommer og gi råd til befolkningen, helsepersonell og forvaltning om smitteverntiltak.

3.2. Varsling av smittsomme sykdommer

Med varsling menes en beskjed som er formidlet umiddelbart og på en slik måte at varsleren kan forvisse seg om at mottakeren har mottatt varslet. Det vises til Nasjonal helseberedskapsplan og det som der fremgår om varsling generelt. MSIS-forskriften kapittel 3 og IHR-forskriften beskriver varsling ved påvist eller mistenkt smittsom sykdom eller andre smittevernsituasjoner.

Varsling bidrar til at:

- enkelttilfeller eller utbrudd raskt kan sees i sammenheng slik at større utbrudd oppdages tidlig og smitteverntiltak kan iverksettes
- varsleren får bistand til håndtering av situasjonen, om nødvendig på stedet
- myndigheter som har ansvar for håndteringen, blir brakt inn i saken
- omfanget av utbrudd i landet kartlegges
- utenlandske myndigheter blir orientert gjennom Norges deltakelse i internasjonale varslingsystemer

³ Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv

3.2.1. Varsling av enkeltsykdommer

Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av en smittsom sykdommer i gruppe A i henhold til varslingsbestemmelsene i MSIS-forskriften § 3-1, skal umiddelbart varsle kommunelegen.

Følgende sykdommer skal det per mai 2018 varsles om:

Alvorlig, akutt luftveissyndrom – SARS
Botulisme
Diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom
Difteri
Enterohemoragisk E.coli-infeksjon
Flekktufus
Hemoragisk feber
Kolera
Kopper
Legionellose
Meningokokksykdom
Meslinger
Middle East Respiratory Syndrome – MERS
Miltbrann
Pest
Poliomyelitt
Rabies
Røde hunder
Trikinose.

Dersom kommunelegen ikke kan nås, skal Folkehelseinstituttet umiddelbart varsles. .

Folkehelseinstituttet skal varsles ved å ringe sentralbordet på tlf. 21 07 70 00. Utenfor kontortid varsles den døgnåpne Smittevernvakta, tlf. 21 07 63 48. Etter at slik varsling er gjort, skal legen sende MSIS-melding på vanlig måte. Kommuneoverlegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet, som skal varsle videre til Helsedirektoratet.

Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal varselet også formidles til kommunelegen i den kommunen der den smittede oppholder seg. I en situasjon hvor man får et utbrudd med et tidligere ukjent agens, og som dermed ikke er inkludert på varslingslisten, og ikke definert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan Helse- og omsorgsdepartementet raskt gjøre nødvendige regelverksendringer.

3.2.2. Varsling om utbrudd av smittsom sykdom utenfor helseinstitusjon

Leger som mistenker eller påviser et utbrudd av smittsom sykdom utenfor helseinstitusjon, skal varsle kommunelegen. Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet.

Mattilsynet skal varsles ved mistenkt eller påvist smittsom sykdom overført med næringsmiddel eller sykdom som kan skyldes smitte fra dyr.

Fire typer utbrudd skal varsles:

- utbrudd av de sykdommene som er meldingspliktige i MSIS, jf. § 1-2,
- utbrudd av særlig alvorlige sykdommer (andre enn dem som omfattes av MSIS), det vil si sykdommer med høy dødelighet, alvorlig sykdomsbilde eller høy komplikasjonsrate,
- utbrudd som mistenkes å være næringsmiddelbårne,
- særlig omfattende utbrudd.

De tre siste kategoriene gjelder også utbrudd av smittsomme sykdommer som ikke er meldingspliktige til MSIS. Folkehelseinstituttet skal i samarbeid med kommunelegen gjøre en vurdering av utbruddets alvorlighetsgrad blant annet i forhold til dødelighet, sykkelighet og spredningsfare. Folkehelseinstituttet skal varsle Helsedirektoratet om alvorlige utbrudd.

3.2.3. Varsling om utbrudd av smittsom sykdom i helseinstitusjon

Mistenkt eller påvist utbrudd av smittsom sykdom i sykehus eller annen institusjon som er omfattet av lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-2, skal omgående varsles til fylkesmannen og til Folkehelseinstituttet med kopi til det regionale helseforetakets kompetansesenter for sykehushygiene. Mistenkt eller påvist utbrudd av smittsom sykdom i kommunal helseinstitusjon skal varsles til kommuneoverlegen og fylkesmannen. Kommuneoverlegen skal, dersom mistanken ikke raskt kan avkrefte, varsle Folkehelseinstituttet. Utbrudd kan varsles via Folkehelseinstituttets internettbaserte varslingsløsning. Ved behov for umiddelbar kontakt, skal Smittevernvakta varsles per telefon.

3.2.4. Varsling om overlagt spredning av smittestoffer

Leger som mistenker eller påviser tilfeller av smittsomme sykdommer som kan være forårsaket av overlagt spredning av smittestoffer, skal varsle kommuneoverlegen, fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet skal varsle Helsedirektoratet.

3.2.5. Internasjonale varslingsystemer

Ved hendelser som kan ha betydning for internasjonal folkehelse eller handel er Norge pålagt å varsle internasjonalt i henhold til IHR-forskriften. Det europeiske varslingssystemet EWRS () er EU-kommisjonens varslingsystem og er samkjørt med IHR.

Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for internasjonal melding av hendelser både for WHO's internasjonale helsereglement IHR og EUs Early Warning and Response System (EWRS) og vil også kunne motta varsel gjennom disse systemene for hendelser som vil kunne ha betydning for Norge.

Dersom Folkehelseinstituttet mottar varsel om en alvorlig hendelse som kan berøre Norge, skal instituttet umiddelbart informere departementet, Helsedirektoratet og andre relevante myndigheter om dette.

3.2.6. Varsling etter internasjonalt helsereglement (IHR)

Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av smittsom sykdom som kan ha betydning for internasjonal folkehelse og som ikke allerede er varslet etter varslingsbestemmelsene i MSIS-forskriften skal umiddelbart varsle kommunelegen. Dersom det ikke er mulig å få varslet kommunelegen, skal Folkehelseinstituttet varsles direkte. Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet varsles ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta.

Tjenestemenn ved politiet, tollvesenet og havnevesen, på flyplasser, i Mattilsynet, Forsvaret og Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet og Sjøfartsdirektoratet som innen sitt ansvarsområde blir kjent med informasjon som kan gi mistanke om en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt umiddelbart varsle kommunelegen.

Fører av skip eller luftfartøy skal snarest mulig varsle om helsetilstanden om bord, dersom føreren har grunn til å anta at smittestoffer som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, finnes om bord eller fartøyet kommer fra en havn eller lufthavn i et område som er erklært rammet av en smittsom sykdom av betydning for internasjonal folkehelse, og ankomsten skjer i inkubasjonstiden. Varselet skal gis til kontrollsentralen eller tollvesenet, som deretter varsler kommunelegen eller Folkehelseinstituttet.

3.2.7. Varsling av Oslo universitetssykehus og CBRNE-senteret

I tillegg til lovpålagt varsling, anbefales det ved mistanke om tilfelle av alvorlig smittsom sykdom at legen som har ansvar for pasienten ved lokalt sykehus umiddelbart kontakter infeksjonsmedisinsk

bakvakt ved Oslo universitetssykehus, som vurderer innleggelsesbehov og konfererer med CBRNE-senteret om mulighet for transport og andre hastetiltak. Hvis det blir besluttet å legge pasienten i høysikkerhetsisolat, koordinerer CBRNE-senteret den videre transporten.

3.2.8. Beredskapstelefoner

Nedenfor beskrives tilgjengelige beredskapstelefoner og -tjenester som kan være aktuelle ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. De kan også finnes på lenken <https://www.fhi.no/om/om-fhi/fhi/obs-beredskapstelefoner-ved-folkehe/>.

Smittevernvakta

Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet har vakt hele døgnet på telefon 21 07 63 48. Telefonen skal brukes til varsling av mulige smittsomme sykdommer og av helsepersonell som trenger råd om smittsomme sykdommer og smitteverntiltak.

Mikrobiologisk beredskapsvakt

Døgnbemannet beredskapstelefon som driftes av Folkehelseinstituttet. I utgangspunktet tilgjengelig for politi og de medisinske mikrobiologiske laboratoriene. Beredskapsvakten bør kontaktes for undersøkelse av «pulverbrev» eller ved klinisk/mikrobiologisk mistanke om infeksjon med høyepatogene mikrober og mulige bioterroragens (mikrober i smitteklasse 3). Telefon: 952 14 993.

3.2.9. Vaksineutlevering

Hasteutlevering er mulig alle dager, døgnet rundt. Bestilling kan gjøres over telefon. Lege skal også kunne nås for rådgivning og vurdering av indikasjoner. Folkehelseinstituttet kan i kontortiden nås på telefon 21 07 70 00: Si at det gjelder øyeblikkelig hjelp og posteksponeringsprofylakse og be om å få snakke med lege eller farmasøyt ved Avdeling for vaksine. Utenom Folkehelseinstituttets åpningstider kan leger henvende seg til Vitus apotek Jernbanetorget, Oslo, på tlf. 23 35 81 00. Apoteket har døgnåpent og kan ved behov etablere kontakt med vakthavende lege ved Smittevernvakta, Folkehelseinstituttet, for vurdering av indikasjonsstilling og dosering. Smittevernvakta, tlf. 21 07 63 48, kan ved behov kontaktes utenom arbeidstid for rådføring før bestilling fra Vitus apotek Jernbanetorget.

3.3. Rapportering fra helse- og omsorgstjenesten

Ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer skal alle aktører være organisert og trent for å kunne bidra til å klargjøre situasjonsbildet gjennom rapporteringslinjene vist i Nasjonal helseberedskapsplan. Helsedirektoratet kan etter planen få delegert fullmakt fra HOD til å forestå nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og iverksette nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet, herunder forestå koordinert rapportering til departementet. Rapporteringslinjene fra helse- og omsorgstjenesten i kommunene går via fylkesmannen til Helsedirektoratet. De regionale helseforetakene vil rapportere direkte til Helsedirektoratet. Det vil også andre underliggende virksomheter under Helse- og omsorgsdepartementet.

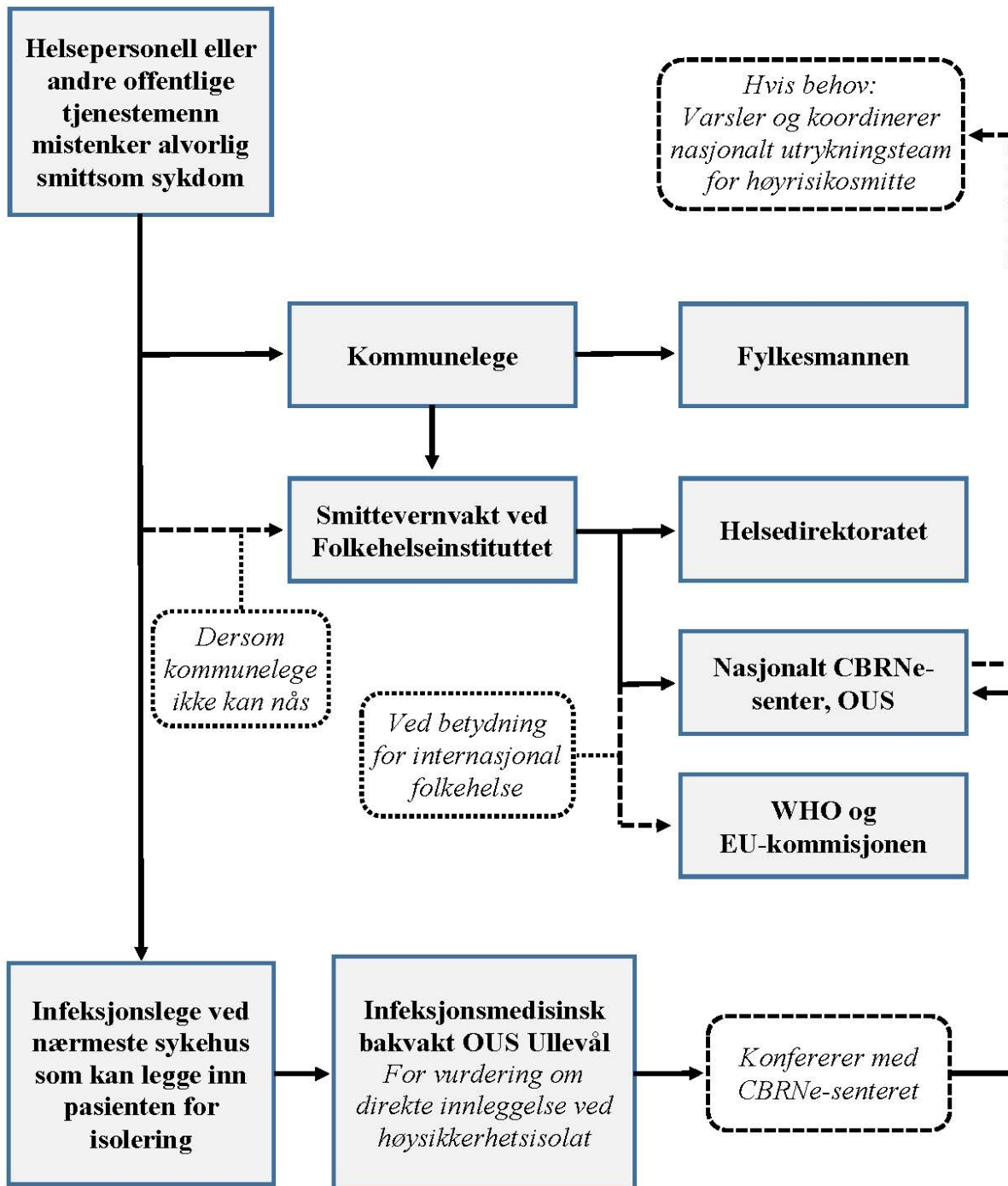
HelseCIM

HelseCIM er et elektronisk styringssystem for krisehåndtering og brukes av RHF-ene Hfene, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Den enkelte virksomhet bruker systemet for å føre logg over alle avgjørelser som tas og meldinger som sendes og mottas. En viktig funksjon i HelseCIM er rapporteringsfunksjonen. De regionale helseforetakene mottar rapporter i systemet fra Hfene og samler disse til én rapport som sendes Helsedirektoratet. Helsedirektoratet mottar også rapporter fra alle Fylkesmannsembetene basert på kommunenes innrapporteringer. Ved hjelp av HelseCIM kan Helsedirektoratet sende en samlet rapport for hele helsesektoren til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporter som sendes og mottas vil være en del av den totale hendelsesloggen. Etter en krise skal det

tas ut en samlerapport fra HelseCIM som lagres i virksomhetens arkivsystem.

Figur 1 viser varslings- og kommunikasjonslinjer på utøvernivå ved utbrudd av alvorlig, smittsom sykdom.

Figur 1. Varslings- og kommunikasjonslinjer ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom



4. Tiltak ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom

4.1. Generelle virkemidler ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom

For effektivt å begrense smittespredning er det viktig for helse- og omsorgstjenesten og andre berørte virksomheter å ha systemer som raskt kan identifisere smittede og sørge for at nødvendige tiltak iverksettes for å stoppe eller begrense smittespredningen. Tiltakene må tilpasses det aktuelle smittestoffet og sykdommens smittsomhet, smitemåte, inkubasjonstid, alvorlighetsgrad, samt utbruddets utbredelse.

Tabell 2. Oversikt over mulige smitteverntiltak

Tiltak	Beskrivelse/ virkemidler	Lov/forskrift
Raskt identifisere smittede	Tilstrebe høy grad av årvåkenhet i helse- og omsorgstjenesten og befolkningen Benytte overvåkingssystemer med god varslings/ rapportering Sikre hurtig diagnostikk Gi oppdatert informasjon til primær- og spesialisthelsetjenesten. Gi målrettet informasjon til grupper med økt smitterisiko	MSIS og Smittevernloven § 2-2 og § 2-5 Smittevernloven § 2-3, MSIS-forskriften kapittel 2 og 3 Smittevernloven § 7-10 Smittevernloven § 2-1
Raskt isolere syke	Bruk av adekvat beskyttelsesutstyr i helse- og omsorgstjenesten Rask isolering av pasienter Isolering hjemme dersom pasientens tilstand tillater det. Isolering i sykehus med smitteverntiltak tilpasset sykdommen Kohortisolering i/utenfor sykehus om nødvendig Tvangsbehandling m.m.	Smittevernloven § 6-1 Smittevernloven kapittel 5
Smitte-oppsporing	Identifisere hvem eller hva pasienten er blitt smittet av Iverksette tiltak for å begrense videre smitte	Smittevernloven § 3-6
Kontaktsporing og oppfølging	Kartlegge personer som kan være smittet og gi informasjon Aktivt eller passivt overvåke utviklingen av symptomer	Smittevernloven § 3-6
Karantene	Innskrenke aktivitet i inkubasjonstiden hos mulig smittede	
Aktivitetsbegrensninger i befolkningen generelt	Kontaktreduserende tiltak for å forsinke epidemiutviklingen Stenging av skoler, barnehager etc. Møteforbud, avlyse større arrangementer. Smittevernråd for kollektivt reisende	Smittevernloven § 4-1
Kontroll av reisende	Utreisescreening (temperatursjekk, spørreskjema) fra berørte land kan være aktuelt ved større utbrudd i avgrenset område. Ankomstscrening i spesielle tilfeller	IHR-forskriften kapittel 3

	(sjelden aktuelt).	
Generelle hygienetiltak	Info til befolkningen om sykdom, smittemåte og symptomer Informasjon om smitteforebygging ved bl.a. hånd-/hostehygiene	
Farmakologiske tiltak	Bruk av vaksiner eller medikamenter	
Informasjon til befolkningen	Ved større utbrudd er det nødvendig at befolkningen er informert og har forståelse for tiltakene som iverksettes for å kontrollere utbruddet. Kommunikasjonsarbeidet må være målrettet og kunne fange opp utfordringer eller misforståelser mht. de iverksatte tiltakene	

4.2. Valg av smitteverntiltak

Tiltakenes antatte nytte må veies mot mulige ulemper og kostnader og så langt som mulig være basert på kunnskap om tiltakenes effekt. Noen tiltak er enkle og rimelige å gjennomføre, som for eksempel informasjon om god håndhygiene og hostehygiene. Andre tiltak vil være kompliserte og ressurskrevende og vil bare anbefales i spesielle situasjoner. For eksempel vil stenging av barnehager, skoler og arbeidsplasser føre til at store deler av samfunnet vil bli rammet.

Det er fire hovedvilkår som må oppfylles før et tiltak iverksettes:

1. Frivillig medvirkning. Den som berøres av tiltaket må få tilstrekkelig informasjon og være tilbud for den enkelte og befolkningen
2. Klar medisinskfaglig begrunnelse for tiltaket. Tiltaket må ha effekt og være relevant for sykdommen
3. Nødvendig av hensyn til smittevernet. Det vil si at tiltaket må være nødvendig for å forebygge eller hindre overføring av smitte.
4. Tjenlig etter en helhetsvurdering. Det vil si at nytten av det man oppnår med å iverksette tiltaket må veies mot belastningen som påføres den enkelte.

Noen tiltak kan være aktuelle å gjennomføre i begynnelsen av et utbrudd for å forsinke smittespredningen, mens det samme tiltaket vil være lite hensiktsmessige når utbruddet har bredt seg til store deler av befolkningen (for eksempel testing av alle mistenkt smittede ved pandemisk influensa). Folkehelseinstituttet vil vurdere indikasjoner for testing og gi anbefalinger om testing, i samarbeid med blant annet laboratorier og Helsedirektoratet. Anbefalingene gjøres på bakgrunn av blant annet klinisk indikasjon, utbruddets utvikling og laboratoriekapasitet.

Det vil ikke alltid være mulig å avgjøre på forhånd hvilke smitteverntiltak som skal implementeres. Det vil være viktig å skalere responsen slik at tiltakene er i samsvar med alvorlighetsgraden og utbredelsen. Om samme nytte kan oppnås med mindre inngripende tiltak, bør disse velges.

Helsemyndighetene kan enten gi råd om eller tilby disse tiltakene, eller de kan pålegge disse tiltakene. Ved spørsmål om valg av smitteverntiltak og vurderinger rundt dette, vil Folkehelseinstituttet gjøre en risikovurdering og komme med anbefalinger som gir grunnlag for videre håndtering. Ved større utbrudd av internasjonal betydning, vil det kunne foreligge risikovurderinger og råd fra WHO og ECDC som vil bli tatt med i vurdering av tiltak i Norge.

Etter det internasjonale helsereglementet kan generaldirektøren i WHO erklære en hendelse for å være en "Public Health Emergency of International Concern" (PHEIC). Dette kan utløse en rekke midlertidige og stående tiltak som for eksempel restriksjoner for personer og gods ved grensepasseringer mv..

Når et utbrudd er på retur, er det viktig å revurdere iverksatte tiltak og eventuelt redusere eller oppheve

disse dersom det er faglig forsvarlig.

4.2.1. Vedtak om forskjellig smitteverntiltak

Ved allmennfarlig smittsom sykdom er det hjemmel for kommunestyret og Helsedirektoratet til å vedta møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering finnes i smittevernloven § 4-1. Vilkåret er enten at det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført.

4.2.2 Tvangsvedtak

Dersom en smittet person eller en person som er antatt smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom motsetter seg undersøkelse kan det gjøres vedtak om tvungen legeundersøkelse, innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering eller om tvungen isolering i sykehus. Se nærmere i smittevernloven § 5-2 og 5-3 om vilkårene for tvangsbruk.

En sak innledes ved at kommunelegen utarbeider begjæring om tiltak hvor det redegjøres for omstendighetene kommunelegen legger til grunn for det tiltaket som blir foreslått etter vilkårene i §§ 5-2 og 5-3. En slik begjæring skal sendes til smittevernnemnda ved Fylkesnemnda for sosiale saker i Oslo og Akershus Nemnda består av leder, fagkyndige og alminnelig medlemsutvalg. Helsedirektoratet kan selv reise sak for nemnda. Smittevernnemnda skal sørge for at det blir oppnevnt advokat for de private parter. Smittevernnemnda skal komme sammen så raskt som mulig for å drøfte saken. Dersom noen av partene ønsker det, skal de under møtet gis anledning til å føre vitner og til å legge frem annet materiale det ikke har vært mulig å presentere under saksforberedelsen. Smittevernnemnda skal foreta en selvstendig og reell vurdering av avgjørelsesgrunnlaget. Vedtaket skal gjøres umiddelbart etter at drøftingene i smittevernnemnda er slutt.

4.2.3 Hastevedtak

Etter smittevernloven § 5-8 kan kommunelegen fatte hastevedtak om at en person skal legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt til kortvarig isolering i opptil sju dager. Slik tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering kan bare gjennomføres for å klarlegge om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom, og dette er nødvendig for å motvirke overføring av en slik sykdom til andre. I tillegg stilles det vilkår om at undersøkelsen skal skje uten fare.

4.3 Utbruddsoppklaring

Kommunen har ansvaret for å oppklare utbrudd av smittsomme sykdommer. Ved behov vil Folkehelseinstituttet bistå kommunen. I tilfeller hvor flere kommuner er berørt av utbruddet, har Folkehelseinstituttet ansvaret for utbruddsoppklaring, og koordineringen av denne.

Behovet for utbruddsoppklaring er avhengig av agens og smittevei eller kilde. Ved smitte fra en matvare eller annet produkt, er oppklaring et overordnet mål, slik at man kan stanse salg og inntak av det kontaminerte produktet. Ved smitte av pandemisk influensa eller andre luftveisagens som smitter lett mellom mennesker vil oppklaring ofte være underordnet, da smitekilden ikke kan fjernes. Metoder og ansvar ved oppklaring av næringsmiddelbårne utbrudd er beskrevet i utbruddsveilederen (www.utbrudd.no).

4.4 Folkehelseinstituttets feltepidemiologiske gruppe

Folkehelseinstituttet har en feltepidemiologisk gruppe som kan reise ut og bistå kommuner og sykehus ved etterforskning av utbrudd av smittsomme sykdommer uavhengig av om de skyldes uhell, overlatt spredning eller har naturlig årsak. Gruppen kan også gi assistanse utenlands etter anmodning fra WHO

og EU. Gruppen vil bli satt sammen avhengig av behov, og kan bestå av epidemiologier, mikrobiologer, ekspertise i miljømedisin, kommunikasjonspersonell og eventuelle andre interne fagpersoner eller eksterne konsulenter. Gruppen kontaktes via smittevernvakta og kan bistå med:

- Holde oversikt over utbruddets utbredelse og utvikling
- Planlegge og gjennomføre epidemiologiske undersøkelser for å identifisere årsaksforhold og smittekilder
- Bistå i kontaktsporingsarbeid
- Gi råd om miljøundersøkelser og smitteverntiltak rundt pasient og i miljø
- Gi råd i kommunikasjonsarbeidet

4.5 Medisinsk mikrobiologisk diagnostikk og beredskap

Mikrobiologisk diagnostikk er nødvendig for å stille sikker diagnose. Dette er av uvurderlig betydning både for å påvise og å overvåke utbrudd, og er i mange tilfeller også nødvendig for å gi korrekt medisinsk behandling og å utøve adekvat smittevern.

Nasjonalt beredskapslaboratorium ved Folkehelseinstituttet har beredskap for å etablere diagnostikk for nye og utbruddsaktuelle agens der det ikke ennå er utnevnt referanselaboratorium, og har i tillegg ansvar for diagnostikk av en rekke sykdommer av beredskapsmessig betydning.

Beredskapslaboratoriet ved Folkehelseinstituttet har vakttelefon med døgnberedskap, telefon 21 07 63 48. Laboratorier med nasjonal referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi skal utføre undersøkelser på definerte agens på vegne av helsemyndighetene og alle andre laboratorier. Oversikt over referanselaboratorier er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider.⁴

Nasjonale referanselaboratorier i medisinsk mikrobiologi er ifølge MSIS-forskriften tillagt følgende landsdekkende oppgaver:

- referansediagnostikk,
- opprettholde stammebank
- vitenskapelig råd og støtte, forskning
- overvåking
- beredskap og respons ved utbrudd av smittsomme sykdommer.

Referanselaboratorier kan bistå andre sykehuslaboratorier med utrulling av nye diagnostiske tester og supplering av kontrollstammer og reagenser i en utbruddssituasjon. Referanselaboratoriene forventes å etablere minimumsprosedyrer for de andre medisinsk mikrobiologiske laboratoriene i beredskapssituasjoner, samt kunne bistå med råd vedrørende biosikkerhet, inkludert inneslutningsnivå. Dette inkluderer også råd om pakking og transport av prøver i ulike kategorier.

Alle medisinsk mikrobiologiske laboratorier skal ha oversikt over aktuelle referanselaboratorier, samt ha etablert sikkerhetsregler og retningslinjer for sikring av stammebanker. Det må også foreligge planer som sørger for opplæring og vedlikehold av kompetanse på beredskap. I en beredskapssituasjon er det avgjørende at hvert laboratorium bidrar til regionalt og nasjonalt samarbeid.

I beredskapssituasjoner kreves det både kvalitativ og kvantitativ kapasitet for mikrobiologisk diagnostikk. Kvalitativ kapasitet innebærer at de mikrobiologiske laboratoriene raskt og korrekt kan identifisere og karakterisere det nye eller utbruddsaktuelle agens. Kvantitativ kapasitet innebærer at laboratoriene er i stand til å håndtere et større prøvevolum enn normalt, og laboratoriene må legge planer for hvordan dette skal muliggjøres. Mikrobiologiske laboratorier ved regionssykehusene skal ta initiativ til å etablere samarbeidsavtaler med andre laboratorier om kvalitativ og kvantitativ beredskap

⁴ <https://helsedirektoratet.no/referansefunksjoner-i-medisinsk-mikrobiologi>

innen sine regioner. De skal sørge for at mikrobiologisk beredskap samkjøres og integreres med beredskapsplanverket i helseregionen generelt⁵. Ved større utbrudd med begrenset kvantitativ kapasitet kan det for laboratoriene bli aktuelt å prioritere testing av visse pasientgrupper hvor sikker diagnose er av størst betydning. Dette kan for eksempel være pasienter med særlig høy risiko for alvorlig forløpende infeksjon.

Medisinsk mikrobiologiske laboratorier har et spesielt ansvar for biosikkerhet (biosafety) og biosikring (biosecurity). En rekke laboratorier i Norge har inneslutningsnivå 3. For diagnostikk ved laboratorium med inneslutningsnivå 4 har Norge avtale med Folkhälsomyndigheten i Sverige. I tilslutning til høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus finnes et laboratorium som benyttes til håndtering av prøver fra pasienter med høyriskosmitte. Dette tilfredsstiller de tekniske og bygningsmessige kravene til inneslutningsnivå 4, men oppfyller ikke kravene til et inneslutningsnivå 4-laboratorium da fullstendige inneslutningstiltak kun iverksettes ved behov.

Nasjonalt beredskapslaboratorium ved Folkehelseinstituttet koordinerer beredskap blant medisinsk mikrobiologiske laboratorier i landet. Beredskapslaboratoriet samarbeider og kommuniserer med de andre medisinsk mikrobiologiske laboratoriene i Norge gjennom Nasjonal mikrobiologisk beredskapskomité som ble opprettet i 2006, samt gjennom et lukket mikrobiologisk nettverk. Instituttet samarbeider internasjonalt innen mikrobiologisk beredskap og deltar i laboratorienettverk for høyriskosmitteagens.

4.6. Første vurdering og undersøkelse ved alvorlig smittsom sykdom

Alvorlige smittsomme sykdommer smitter mellom mennesker på samme måte som andre smittsomme sykdommer. De viktigste smitteveiene vil være via direkte og indirekte kontakt, dråper eller luft. Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakerne får utlevert og blir pålagt å bruke hensiktsmessig arbeidstøy og personlig verneutstyr.⁶ I enhver helsetjeneste, inklusiv ethvert legekontor, skal personalet ha tilgang på beskyttelsesutstyr som verner mot kontakt-, dråpe- eller luftsmitte.

Alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten må være forberedt på å håndtere pasienter som kan ha alvorlige smittsomme sykdommer. Dette inkluderer både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som begge må ha rutiner for å håndtere smittsomme pasienter.

Alle som kan ha blitt smittet av en alvorlig smittsom sykdom som smitter mellom mennesker, skal om mulig vurderes telefonisk av lege før de oppsøker fastlegekontor, legevakt eller andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter at befolkningen på et tidlig tidspunkt er godt informert. De viktigste kommunikasjonstiltakene rettet mot hele befolkningen vil være å gi informasjon gjennom media, via nettsidene Helsenorge.no og fhi.no og gjennom spredning i sosiale medier.

Ved undersøkelse både i primær- og spesialisthelsetjenesten må arbeidet organiseres på en slik måte at smittefare for ansatte, pasienter og andre personer reduseres så langt som mulig. Pasienter bør om mulig unngå venting i felles arealer, og tas rett inn til undersøkelse. Ved større utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer kan det være aktuelt å ha egne innganger eller lokaler for håndtering av pasientene med mistenkt smittsom sykdom. Slike løsninger vil måtte tilpasses lokale forhold, den aktuelle situasjon og agens.

Dersom mistanken om alvorlig smittsom sykdom opprettholdes og pasienten trenger innleggelse, skal pasienten om mulig innlegges direkte i sykehusisolat. Ved mistanke om høyriskosmittesykdom, bør pasienter, om mulig, innlegges direkte fra hjemmet.

⁵ Foretaksprotokollen Regionale Helseforetak (RHF) januar 2017, side 7-8

⁶ Forskrift om utførelse av arbeid § 6-7

4.7. Generelt om behandling, isolering og transport

Som hovedregel skal pasienter med smittsomme sykdommer som trenger behandling på sykehus, isoleres og transporteres etter gjeldende regimer for kontakt-, dråpe og luftsmitte. For detaljer vises det til Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade ⁷, Isoleringsveilederen,⁸ foretakenes egne infeksjonskontrollprogram og sykdomsspesifikke veiledere fra Folkehelseinstituttet. Ved større utbrudd av alvorlig smittsom sykdom (inkludert influensapandemi) og ved høyrisikosmittesykdom kan det imidlertid være nødvendig å avvike fra vanlige rutiner.

Transport av pasienter med alvorlig smittsom sykdom gjennomføres normalt av ambulansetjeneste eller luftambulansetjeneste i henhold til vanlige varslings- og smittevernrutiner for henholdsvis kontaktsmitte, dråpesmitte og luftsmitte. For høyrisikosmitte er det utarbeidet ekstra strenge rutiner.

4.8. Håndtering av alvorlig smittsom sykdom

4.8.1. Valg av behandlingssted

Ved mistanke om alvorlig smittsom sykdom som vanskelig lar seg håndtere godt nok av lokal helsetjeneste, skal innleggelse primært skje direkte ved høysikkerhetsisolatet ved OUS så langt det er praktisk gjennomførbart. Sekundært benyttes annet regions- eller universitetssykehus med luftsmitteisolat. Dersom dette heller ikke er mulig, benyttes nærmeste sykehus med luftsmitteisolat. Etterfølgende overflytting til et større universitetssykehus eller til OUS vurderes alltid i det enkelte tilfelle. Infeksjonsmedisinsk bakvakt ved OUS skal alltid kontaktes for vurdering av innleggelse direkte ved høysikkerhetsisolatet ved OUS.

4.8.2. Krav til sykehusisolater

Selv om det er lagt opp til sentralisert behandling av høyrisikosmittesykdom ved Oslo universitetssykehus, kan behovet for rask diagnostisk avklaring, lang transportavstand eller pasientens aktuelle kliniske tilstand gjøre innleggelse ved nærmeste lokal-, regions- og universitetssykehus nødvendig.

For å kunne arbeide i isolatenheter med pasienter med sykdom forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 3 og 4.⁹ skal det foretas en risikovurdering av hvilke definerte tiltak som anses som nødvendige for å møte kravene i forskriften. Høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus tilfredsstiller alle kravene for arbeid med pasienter med sykdom forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 4. Alle andre sykehus må foreta en konkret risikovurdering og utføre nødvendige tiltak for å oppfylle arbeidsplassforskriftens krav.

4.8.3. Spesialtransport av pasient med høyrisikosmitte

Transport med ambulanse eller luftfartøy av en pasient med høyrisikosmittesykdom krever bruk av personlig beskyttelsesutstyr som gir større grad av beskyttelse enn det man rutinemessig bruker i helse- og omsorgstjenesten. Dette utstyret skal tilfredsstille relevant standard for beskyttelse. Om mulig skal smitteambulanse og transportisolator (smittekuvøse) benyttes.

Utstyr for desinfeksjon og smitteavfallshåndtering skal benyttes i henhold til gjeldende nasjonale

⁷ Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade, sidene 63-64.

⁸ Isoleringsveilederen FHI Smittevern 2004:9.

⁹ Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade, sidene 63-64.

faglige råd og veiledere. Det påligger det enkelte helseforetak (sykehus- og ambulanseavdeling) å anskaffe, vedlikeholde og trene på bruk av nødvendig smittevernustyr og å ha en regional beredskap for høyrisikosmittetransport. Ved høyrisikosmittetransport som haster (øyeblikkelig-hjelp-innleggelse) benyttes heldekkende beskyttelsesutstyr og eventuelt transportisolator.

De regionale helseforetakene skal¹⁰ i samarbeid, og ved bruk av CBRNE-senteret ha:

1. etablert beredskap for ambulansetransport
2. utviklet nasjonale løsninger for medisinsk evakuering med fly og helekopter

Ved høyrisikosmittetransport som haster mindre (for eksempel planlagt overflytting mellom sykehus) eller ved planlagt transport over lengre avstander med bil eller fly, vil det nasjonale medisinske utrykningsteamet, fra CBRNE-senteret, kunne koordinere og om nødvendig gjennomføre transport i samarbeid med regional ambulanse- og luftambulansetjeneste, Forsvaret og andre aktører. Helsemyndighetene har avtaler med kommersielle flyselskaper og Forsvaret som kan anvendes i slike tilfeller.

4.8.4. Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte

Ansvar for «Nasjonalt utrykningsteam for høyrisikosmitte» er lagt til Ullevål sykehus/OUS og koordineres av Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin (CBRNE-senteret) og samarbeider tett med blant andre Infeksjonsmedisinsk avdeling og Pre-hospitalt senter ved Oslo universitetssykehus, Luftambulansetjenesten ANS, Forsvaret og Folkehelseinstituttet.

Teamet kontaktes gjennom vakthavende infeksjonslege ved Oslo universitetssykehus og kan blant annet gjøre følgende:

- Koordinere planlagt transport av en pasient med høyrisikosmitte til høysikkerhetsisolat ved Oslo universitetssykehus i samarbeid med regional ambulanse-, luftambulansetjeneste og Forsvaret.
- Bemanne smitteambulans utgående fra OUS ved høyrisikosmittetransport innenlands eller om bord i Forsvarets C-130J Hercules fly (fra utlandet eller Nord-Norge).
- Bistå redningstjenesten ved planlagt smittetransport med redningshelikopter.
- Bidra i opplæring av og samtrening med personell i ambulansetjenestene som til daglig utfører smittetransport.
- Før eventuell overflytting av en pasient med høyrisikosmitte til Oslo universitetssykehus kan teamet gi råd og i noen tilfeller yte praktisk bistand til lokal helsetjeneste ved isolering, prøvetaking, diagnostikk, behandling og mottak av ambulansfly eller passasjerfly med smitteførende pasient.
- For spesielle tilfeller, som for eksempel planlagt hjemtransport fra utlandet eller transport over større avstander i Norge, har helsemyndighetene avtaler med kommersielle flyselskaper og Forsvaret.

4.9. Behandlingskapasitet og kohortisolering ved store utbrudd

Helse- og omsorgstjenesten er dimensjonert og bemannet for befolkningens vanlige behov for tjenester. Store utbrudd kan medføre at den ordinære kapasiteten ikke strekker til, og det skal finnes planer for hvordan dette skal håndteres både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.9.1. Spesialisthelsetjenesten

Isolering av pasienter med alvorlige smittsomme sykdommer gjøres for å hindre smitte av ansatte og

¹⁰ Foretaksmøteprotokoll 2017

andre pasienter. Ved større utbrudd av smittsomme sykdommer vil kapasiteten for isolater kunne overskrides. Alle helseforetak skal ha oversikt over egen isoleringskapasitet og ha planer for hvordan denne best kan utnyttes. Ved store utbrudd, som for eksempel pandemisk influensa, kan det oppstå en situasjon med så mange syke at det ikke er nok enerom, isolater og intensivsenger på sykehus til å behandle disse med ordinær drift. Alle sykehus må derfor ha beredskapsplaner for å endre aktivitet, bruk av lokaler og personale i en slik situasjon.

Ved uventet stor tilstrømming av pasienter er det nødvendig at sykehusene har tilfredsstillende lokaler der pasienter kan tas imot, og det skal foreligge planer for hvordan disse kan best benyttes for å øke mottakskapasiteten og å hindre smitte. Det kan f.eks. innføres rutiner som medfører at pasienter med mistenkt utbruddssykdom identifiseres tidlig (triagering) for å skille dem fra pasienter med andre sykdommer. Dersom diagnosen er kjent før innleggelsen og forholdene ellers ligger til rette for det, er det ønskelig at pasienter med sykdommer som kan smitte andre innlegges direkte på isolat og tas imot der.

For å øke kapasiteten kan det bli nødvendig å ta i bruk rom med flere senger, utpekte avdelinger eller bygninger for isolering og behandling av syke med samme diagnose (kohortisolering). Dette kan medføre at andre pasientgrupper må nedprioriteres i en periode, og det kan for eksempel bli nødvendig å redusere eller stanse poliklinisk virksomhet og elektive innleggelser. Alle helseforetak må utarbeide planer for hvordan kohortisolering kan organiseres¹¹.

Det lar seg ikke gjøre på forhånd å forutse hvor stor den økte pasienttilstrømmingen til sykehus vil bli ved forskjellige store utbrudd og pandemier. I antall pasienter vil pandemisk influensa mest sannsynlig medføre større behov for innleggelser enn ved andre sykdommer. Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa fra 2014 legger opp til at helse- og omsorgstjenesten skal planlegge for en situasjon hvor 25 prosent av befolkningen blir syke og sykehusene må kunne ta imot opptil 14-16 500 innleggelser, hvorav 1400-2800 krever intensiv behandling. Lokalt kan det forventes at snaut en ut av seks hendelser, det vil si 3-500 pasienter, har behov for mer intensiv behandling i toppuken. Dersom man regner med en gjennomsnittlig liggetid for pandemisk influensa på sju dager, vil det bety at somatisk sykehus må frigjøre anslagsvis en firedel av sine ordinære sengeplasser til behandling av pandemisk influensa. Selv om dette estimatet er forbundet med stor usikkerhet, bør helseforetakene legge planer for håndtering av en slik situasjon som er minst så krevende. Størst utfordring er det knyttet til intensivplasser, hvor kapasiteten vil bli overskredet dersom antall plasser ikke økes eller andre pasientgrupper nedprioriteres.

Større utbrudd med høyriskosmittesykdom regnes som mindre sannsynlig, men alle regionale helseforetak skal i sine planverk utpeke enheter som på kort varsel kan benyttes til kohortisolering av pasienter med høyriskosmitte dersom overflytting til høysikkerhetsisolat ved Oslo universitetssykehus ikke er mulig og kapasiteten ved respektive regioners luftsmittisolat overskrides. Det er knyttet svært stor usikkerhet til hvor mange kohortisoleringssenger for høyriskosmitte det bør planlegges for, men det foreslås 50 i Helse Sør-Øst og 20 i de øvrige regionale helseforetak. Planene for kohortisolering må inkludere forhold knyttet ventilasjon av lokalene, bruk av spesialverneutstyr og trent personell. Om mulig skal personell som er vaksinert eller har gjennomgått sykdommen, settes til å arbeide med slike pasienter.

For å avlaste sykehusene i en presset situasjon med mange innleggelser som følge av alvorlig smittsom sykdom bør de lovpålagte samarbeidsavtalene¹² mellom kommuner og regionale helseforetak inneholde kriterier for innleggelse, utskrivning o.l. Helseforetakene må organisere virksomheten slik at de totale personellressurser kan utnyttes rasjonelt under et større utbrudd, og i tillegg inngå avtaler med aktuelle yrkesorganisasjoner som sikrer dette. Sykehusene må også etablere planer som sikrer forsyninger av nødvendig utstyr og materiell.

¹¹ Foretaksprotokollen for de regionale helseforetakene (RHF) 2017, side 7-8

¹² Se helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6.

4.9.2. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Under store utbrudd med alvorlig smittsom sykdom kan det bli nødvendig å isolere syke i hjemmet, sykehjem og andre bygninger i større grad enn vanlig. Dette vil skje i samarbeid med kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal i samarbeid med helseforetakene legge til rette for å kunne ta imot andre pasientkategorier og for å kunne ta hånd om mindre alvorlige tilfeller med alvorlig smittsom sykdom utenfor sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må legge planer for oppfølging av pasienter som isoleres i hjemmet eller som trenger tilsyn og pleie. Kohortisolering kan også bli aktuelt i kommunens helse- og omsorgstjeneste ved mildere forløp og for pasienter som av annen grunn må nedprioriteres. For eksempel kan hele sykehjem eller deler av disse tas i bruk til kohortisolering.

4.10. Legemidler

Et utbrudd av en alvorlig smittsom sykdom kan gi økt etterspørsel av flere legemidler. Dette kan både omfatte legemidler som er i normal omsetning, og legemidler som normalt ikke benyttes i Norge.

4.10.1. Beredskapslagre

De regionale helseforetakene skal ivareta beredskapssikring av legemidler sykehusene benytter i ordinær virksomhet og som kan få økt etterspørsel ved et utbrudd av en alvorlig smittsom sykdom.¹³ Fra 2016 plikter legemiddelgrossister å ha et ekstra lager av enkelte legemidler som er i normal omsetning i primærhelsetjenesten, med tanke på beredskapssituasjoner.¹⁴

Helsedirektoratet har et overordnet ansvar for nasjonal legemiddelberedskap, herunder legemidler som kun vil bli brukt i ekstraordinære situasjoner. Helsedirektoratet lagrer og distribuerer legemidler mot sykdommer som vil kunne ramme et stort antall mennesker, for eksempel antiviralia mot pandemisk influensa. Om det kun er nødvendig å sikre tilgang til et begrenset antall doser, vil aktuelle legemidler lagerføres i tilknytning til utpekte behandlingssteder. CBRNE-senteret har i dag et nasjonalt beredskapslager for spesielle antidoter og legemidler. Forsvaret har lager for egen legemiddelberedskap.

4.10.2. Godkjenning og import

Statens legemiddelverk kan gi tillatelse til omsetning av legemidler uten ordinær godkjenning i beredskapssituasjoner.¹⁵ Sykehusapoteket i Oslo har grossisttillatelse for innførsel av legemidler som kan benyttes i beredskapssituasjoner. Slik innførsel forutsetter likevel en særskilt importtillatelse fra Statens legemiddelverk for det enkelte legemiddelet.

4.11. Vaksiner

Folkehelseinstituttet har ansvaret for nasjonal vaksineberedskap og i denne rollen også et ansvar for å vurdere dette og foreslå tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet beslutter om lager bør opprettes. Hvis ikke en aktuell vaksine er lett tilgjengelig, er det aktuelt å opprette et beredskapslager eller inngå en avtale om vaksineleveranse i tilfelle utbrudd.

¹³ Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen – riktig bruk – bedre helse

¹⁴ Forskrift om legemiddelgrossister § 5.

¹⁵ Legemiddelforskriften § 2-8.

Folkehelseinstituttet har minimumslagre for seks måneders normalforbruk for alle vaksiner som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet og for immunglobuliner og sera. For andre vaksinepreparater er minimumslagrene for fire måneders normalforbruk. Norge har et lager av koppevaksine produsert på Folkehelseinstituttet på 1970-tallet. Lageret oppbevares på Folkehelseinstituttet og vil kreve reformulering før bruk.

Norge har per mai 2018 avtaler med to leverandører om innkjøp av vaksine ved en influensapandemi. Avtalen gir Norge rett til innkjøp av vaksiner som dekker hele befolkningen. Muligheten for å anskaffe en vaksine mot et influensavirus som likner det man tror kan gi neste pandemi (pre-pandemivaksine), og eventuelt vaksinere deler av befolkningen før pandemien bryter ut, har vært diskutert, men er foreløpig ikke besluttet.

Der vaksine inngår i beredskapsplanen, må det vurderes hvordan vaksinen tenkes brukt, alternativt til:

- Hele befolkningen
- Utvalgte risikogrupper (personer som har økt risiko for å bli smittet, er særlig viktige smittespredere, har økt risiko for alvorlig sykdom)
- Nøkkelpersonell med samfunnskritiske funksjoner
- Ringvaksinering: Vaksinering rundt et kjent tilfelle for å oppnå immunitet og dermed hindre videre smitte. Denne metoden ble benyttet i utrydningsfasen for kopper, og kan vurderes for andre sykdommer. En forutsetning er at det ikke finnes smittebærere som er klinisk friske eller bare har lette, ukarakteristiske symptomer.

Enkelte vaksiner kan brukes som post-eksposisjonell profylakse, og kan hindre utvikling av sykdom hvis man vaksinerer raskt etter kontakt med aktuelt agens.

Folkehelseinstituttet skal ha oversikt over tilgjengelige vaksiner. Råd om beredskapslager og tenkt bruk utarbeides av Folkehelseinstituttet, som regel i samarbeid med Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk. Lager eller leveranseavtale må dimensjoneres avhengig av hvordan vaksinen tenkes brukt. Folkehelseinstituttet har ansvar for å anskaffe og ha på lager de vaksiner som er tilgjengelige (med eller uten markedsføringstillatelse) i Norge og vaksiner som Helse- og omsorgsdepartementet har bestemt at skal være tilgjengelige. Helsedirektoratet har ansvar for at det også finnes utstyr til å sette vaksinen (sprøyter, spisser, spesialnåler og så videre).

Det pågår et nordisk samarbeid om bedret tilgang på vaksiner og immunglobuliner som er viktige av beredskapsgrunner. I 2015 ble det opprettet et felles «virtuelt lager», der hvert land kan finne informasjon om preparater som er tilgjengelig i de andre nordiske landene.

4.11.1. Vedtak om vaksinering i beredskapssituasjoner

Både smittevernloven, Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa og Stortingsmelding 16 Pandemisk beredskap beskriver ansvar for vedtak om vaksinasjon. Prinsippene for ansvar for innkjøp av og vedtak om vaksinasjon kan også brukes for tilsvarende innkjøp av/bruk av/prioritering av legemidler. Prinsippene vil være de samme om det gjelder vaksinasjon av store deler av befolkningen («massevaksinasjon») eller vaksinering av mindre grupper.

Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, kan Helse- og omsorgsdepartementet i forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.

Når det er nødvendig å vaksinere befolkningen eller deler av den med en gang for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende, kan Helsedirektoratet påby vaksinering. Det kan oppstå situasjoner hvor det må handles uten opphold og hvor det ikke vil være tid til å avvente et generelt påbud fastsatt i

forskrift gitt av departementet.¹⁶ Eksempler på slike situasjoner hadde man i tidligere år ved koppealarm. Nye sykdommer kan skape liknende situasjoner i fremtiden. Vilkåret for at Helsedirektoratet skal ha denne myndigheten er at rask iverksetting antas å redusere utbruddets omfang vesentlig, eventuelt avverge alvorlig utbrudd, og at det foreligger en vaksine hvis egenskaper man er fullt fortrolig med.

4.11.2. Innkjøp av vaksine

Beslutning om innkjøp av vaksine til hele eller deler av befolkningen gjøres av Helse- og omsorgsdepartementet. Beslutningen handler også om hvor mange doser som skal kjøpes inn. Denne må fattes på bakgrunn av kunnskap om sykdommens alvorlighetsgrad, kunnskap om vaksinens effekt og bivirkninger og tilgjengelig vaksinemengde. Folkehelseinstituttet har ansvar for at slike vurderinger blir gjennomført. Arbeidet skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet, Legemiddelverket og eventuelle andre relevante fagmiljøer.

Kommisjonen ved DG SANTE har opprettet en mekanisme for felles anskaffelse av vaksiner og eventuelle andre medisinske tiltak Joint Procurement Agreement (JPA). Avtalen omfatter "all potential medicines, medical devices, other services and goods that could be used to combat/mitigate serious cross-border threats to health as defined by Decision 1082/2013/EU". Arbeid er på gang, per april 2018, for at Norge skal sluttet seg til denne avtalen.

4.11.3. Iverksetting av vaksinasjon

Etter at innkjøp er besluttet må Helse- og omsorgsdepartementet ta stiling til gjennomføring. Beslutningen må fattes på bakgrunn av kunnskap om sykdommens alvorlighetsgrad, kunnskap om vaksinens effekt og bivirkninger og tilgjengelig vaksinemengde. Folkehelseinstituttet har ansvar for at slike vurderinger blir gjennomført. Arbeidet skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet, Legemiddelverket og eventuelle andre relevante fagmiljøer. Kommunene har ansvaret for å gjennomføre selve vaksineringsen dersom vaksineringsen er fastsatt i program eller pålagt av Helsedirektoratet.

4.11.4. Prioritering av grupper for vaksinasjon

I en situasjon med knapphet (midlertidig eller varig) på vaksine vil det være nødvendig med vedtak om å prioritere enkelte grupper. Helse- og omsorgsdepartementet/Regjeringen har ansvaret for å beslutte hvilke grupper som skal prioriteres (risikogrupper, nøkkelpersonell) samt prioriteringsrekkefølge. Beslutningen gjøres blant annet på bakgrunn av sykdommens alvorlighetsgrad, mottakelige personer, spredningspotensial, mest effektive bruk av vaksinen og mulige bivirkninger. Folkehelseinstituttet, sammen med Legemiddelverket, har ansvar for at slike vurderinger blir gjennomført. Arbeidet skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet og eventuelle andre relevante instanser.

4.12. Biosikkerhet og biosikring

Biosikkerhet (engelsk: biosafety) er tiltak som skal hindre smitte av ansatte som følge av arbeid med smittede personer eller eksponering for biologiske materiale fra disse. Ansvaret for biosikkerhet er regulert gjennom arbeidsmiljøloven og dens forskrifter. Alle deler av helse- og omsorgstjenesten og andre virksomheter har et selvstendig ansvar for dette.

Biosikring (engelsk: biosecurity) inkluderer alle tiltak som skal hindre at biologiske faktorer benyttes til å forårsake sykdom som følge av uhell eller overlagte handlinger. Dette omfatter to hovedgrupper

¹⁶ Smittevernloven § 3-8.

av tiltak:

1. Tiltak som skal hindre at biologiske faktorer kommer på avveie, ved f.eks. å sikre at kun autorisert personell har adgang til laboratorier og lagrede prøver. Alle virksomheter som håndterer slikt biologisk materiale, herunder mikrobiologiske laboratorier og andre deler av helse- og omsorgstjenesten skal ha rutiner som hindrer misbruk og uhell.
2. Tiltak som skal hindre tilgang på utstyr som kan brukes til å produsere og spre biologiske faktorer med overlegg, for eksempel visse typer laboratorieutstyr og visse tekniske innretninger.

Det må sikres at avanserte medisinske laboratorier ikke utsettes for tyveri av farlig biologisk materiale eller misbrukes av enkeltstående forskere til å produsere farlig biologisk materiale.

4.13. Dekontaminering (sanering)

Ved alle sykehus skal det finnes prosedyrer og utstyr for dekontaminering av pasienter, helsepersonell og lokaler ved eksponering for biologisk smittestoff. Regionsykehus skal i tillegg ha egnede fasiliteter og utstyr for dekontaminering av pasienter i tilknytning til akuttmottak.

For visse alvorlige smittsomme sykdommer kan det være aktuelt å foreta vask og desinfeksjon i pasientens hjem og andre kontaminerte omgivelser før disse tas i bruk etter sykdom eller eksponering for smittestoff. Ansvaret for dekontaminering ligger hos kommunen, men kommunen kan søke råd om og eventuelt assistanse til dette fra de regionale kompetansesentrene for smittevern. Ved høyrisikosmitte i bolig eller annet lokale bør lokalene stenges inntil trent rengjøringspersonale iført personlig smittevernutstyr kan sørge for dekontaminering. For den enkelte kommune vil dekontaminering være særlig utfordrende da kompetanse og utstyr til sanering av lokaler ikke nødvendigvis er tilgjengelig på kommunalt nivå. Interkommunale avtaler eller avtaler med de regionale kompetansesentrene for smittevern vil være en måte å håndtere slike situasjoner på.

4.14. Smittefarlig avfall i helse- og omsorgstjenesten: Håndtering, transport og avløpsvann

4.14.1. Håndtering og transport av avfall og farlig gods

Smittefarlig avfall og farlig gods skal håndteres, emballeres og merkes i tråd med fastsatte krav.¹⁷ Det er krav om at avfallet skal oppbevares og håndteres, samt transporteres på en måte som verken medfører fare for henholdsvis forurensning eller spredning av smitte til mennesker, dyr eller miljø eller medfører fare for forurensning eller spredning av smitte.¹⁸

4.14.2. Avløpsvann

For laboratorier er det klare krav til håndtering av avløpsvann.¹⁹ For agens i smitterisikogruppe 3, er det anbefalt at avløpsvann skal desinfiseres før uttømming, men for smitterisikogruppe 4 er dette et krav.²⁰

¹⁷ Forskrift om smittefarlig helseavfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv og forskrift om landtransport av farlig gods.

¹⁸ Forskrift om smittefarlig helseavfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.

¹⁹ Jf. arbeidsplassforskriften.

²⁰ Vedlegg 2 i forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet, samt

I isolasjonsenheter hvor det oppholder seg mennesker eller dyr, som er eller antas å være smittet med biologiske faktorer i smitterisikogruppe 3 eller 4, er det ikke like klart definert hvordan avløpsvann skal håndteres. En eventuell desinfeksjon før uttømming bør baseres på en konkret risikovurdering.

4.15. Håndtering av døde

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan kommunestyret vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd, herunder bestemme at avdøde personer skal kremes, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak i forbindelse med gravferder.²¹

Forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd skal sikre at transport, håndtering og emballering av lik, samt gravferd foregår hygienisk forsvarlig for å motvirke overføring av smitte fra lik. Helsedirektoratet kan gi begravellesbyråer pålegg om å ha beredskapsplaner for transport og håndtering av et større antall lik ved epidemier og større ulykker som krever mange dødsopfre.²² Tilsvarende kan den som har forvaltningsansvaret for oppbevaringsrom for lik gis pålegg om å ha en beredskapsplan for hygienisk forsvarlig oppbevaring av et større antall lik. Detaljer om håndtering av lik fremkommer i merknader til forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd og i retningslinjer om hygieniske forhold m.m. ved håndtering og transport av lik.

Ved høyrisikosmitte regnes de døde som fortsatt smitteførende og skal håndteres med ivaretagelse av strengt smittevernregime i samråd med kommunelege, eventuelt smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet. Begravellesbyråer skal ikke håndtere smitteførende lik uten konferering med smittevernansvarlig i kommunen. Håndtering av døde kan medføre like stor smittefare som håndtering av syke, og må utføres av personell som har kunnskap og erfaring i korrekt bruk av beskyttelsesutstyr.

4.16. Gratis tjenester og tiltak

I henhold til smittevernloven kan Helse- og omsorgsdepartementet bestemme at tjenester eller tiltak etter smittevernloven skal være gratis for den som er i fare for å bli smittet med smittsomme sykdommer eller som allerede er det.²³

Det er per i dag gitt bestemmelser med utgangspunkt i denne hjemmelen som sikrer gratis tjenester og tiltak overfor allmennfarlig smittsom sykdom i en rekke forskrifter. Se blant annet blåreseptforskriften § 4 nr. 3 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 3 nr. 7.

5. Kommunikasjon og informasjon

5.1. Ansvar, roller og samordning av kommunikasjonsarbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet er ifølge Nasjonal helseberedskapsplan ansvarlig for krisekommunikasjonen. Hver virksomhet har selvstendig ansvar for kommunikasjon om eget

smitterisikogrupper for biologiske faktorer (forskrift om tiltaks- og grenseverdier.

²¹ Smittevernloven § 4-6.

²² Forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd § 2-2.

²³ Smittevernloven § 6-2.

ansvarsområde. Dette gjelder også ved beredskap og kriser. Nasjonale helsemyndigheter har ansvar for helhetlig oversikt over situasjonen, for å utarbeide informasjon om sykdommen, råd og veiledning til befolkningen og til helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet og andre aktuelle etater skal sammen utarbeide koordinerte kommunikasjonsplaner, budskap og kommunikasjonsiltak. Dialogen mellom aktørene i kommunikasjonsarbeidet skal bidra til korrekt og samordnet kommunikasjon der det er ønskelig og naturlig.

Folkehelseinstituttet er i smittevernloven pålagt et ansvar for faglige råd til befolkningen og kommunene. Kommunene, fylkesmennene, de regionale og lokale helseforetakene, Mattilsynet, Statens legemiddelverk og Veterinærinstituttet har ansvar for å uttale seg om tiltak og observasjoner innenfor egne ansvarsområder. Kommunene har selvstendig ansvar for å gi informasjon, råd og veiledning til befolkningen i tråd med føringer fra nasjonale myndigheter.

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan Helse- og omsorgsdepartementet eller Helsedirektoratet pålegge ethvert innenlandsk massemedium å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av den.²⁴

Ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom skal kommunikasjons-avdelingene i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet raskt møtes og bli enige om kommunikasjons-utfordringer og fordeling av oppgaver. Ved behov etableres en felles arbeidsgruppe.

Hvordan de ulike kanalene skal benyttes i kommunikasjonsarbeidet, blir en løpende vurdering i det koordinerte kommunikasjonsarbeidet. Det er imidlertid avgjørende at sentrale myndigheter kommuiserer et felles, omforent budskap både til tjenesten og befolkningen.

5.2 Målgrupper

Målgrupper må identifiseres i den aktuelle situasjonen. Kommunikasjonstiltak tilpasses målgruppens behov. Hovedmålgrupper for informasjonen vil som regel være:

- Befolkningen generelt, herunder språklige minoriteter
- Risikogrupper
- Pasienter og pårørende
- Helse- og omsorgstjenesten (alle nivåer)
- Media

5.3 Kommunikasjonskanaler

De viktigste kommunikasjonskanalene vil som regel være:

- Kommunikasjon i linjen til spesialisthelsetjenesten, fylkesmenn, kommuner og fastleger
- www.helsenorge.no skal være felles hovedkanal til befolkningen der kvalitetssikret helsefaglig informasjon skal være lett tilgjengelig for alle
- Faglige råd og fakta til alle relevante målgrupper publiseres alltid oppdatert på fhi.no.
- Helsedirektoratets informasjonstelefon for publikum kan aktiveres ved behov
- Folkehelseinstituttets informasjonstelefoner for helsepersonell: Smittevernvakta, mikrobiologisk beredskapsvakt, rådgivningstelefon for vaksinerings
- informasjonstelefon for helsepersonell angående vaksiner og smittevern
- de nasjonale myndighetenes egne nettsteder og www.kriseinfo.no
- Kommunenes egne nettsider

²⁴ Smittevernloven § 4-8.

- Mattilsynets telefontjeneste
- Tradisjonelle medier
- Sosiale medier
- Kommunikasjonsmedarbeider fra Folkehelseinstituttet deltar i feltepidemiologisk gruppe lokalt ved behov
- Helse-CIM

Kommunikasjonsavdelingene i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vurderer fortløpende hvilken informasjon som skal publiseres hvor og hvem som har ansvar for utbygging, oppdatering og vedlikehold av informasjonen. For å unngå ekstraarbeid med oppdatering i flere kanaler og fare for motstridende informasjon vil som regel generell og overordnet informasjon bli publisert på helsenorge.no, helsedir.no og kriseinfo.no. Informasjon med kortere levetid legges som hovedregel på fhi.no. Det bør lenkes fra de øvrige nettstedene til fhi.no.

5.4. Aktuelle kommunikasjonstiltak

Kommunikasjonstiltak vurderes ut fra den aktuelle situasjonen. Slike tiltak kan være:

- Felles budskap og talepunkter til bruk ved kontakt med media
- Faktainformasjon og råd til befolkningen – distribueres i ulike kanaler
- Befolkningsundersøkelser for å kartlegge kunnskap, holdninger, behov for informasjon og effekt av kommunikasjonstiltak
- Pressekonferanser
- Tekster til nettsider og sosiale medier
- Svarberedskap sosiale medier
- Informasjonstelefon for befolkningen
- Plakater til oppslag
- Tekster og annet materiell til distribusjon til spesifikke målgrupper
- Betalt eller pålagt kommunikasjon i radio, fjernsyn, på nettsteder, kinoer mv

5.5. Loggføring/dokumentasjon

I HelseCIM opprettes et eget område for hendelsen. Alle kommunikasjonstiltak og mediehenvelser loggføres i HelseCIM. Spesielt viktig er det at alle budskap til befolkningen og helse- og omsorgstjenesten samt eventuelle endringer av disse blir dokumentert.

6. Etiske utfordringer

De vanlige etiske prinsippene ved behandlingstiltak i helse- og omsorgstjenesten er å gjøre godt og samtidig ikke skade, retten til å bestemme selv, og rettferdighetsprinsipper. Dette gjelder for alle parter, både pasienten eller den som er truet av sykdom, pårørende, helsepersonell og samfunnet for øvrig.

I en situasjon med utbrudd av alvorlig smittsom sykdom, vil vurderinger i henhold til disse prinsippene kunne falle ut annerledes enn ellers. Gevinsten for andre parter kan også vektet tyngre enn risikoen for den enkelte for eksempel ved en pandemi.

Gjøre godt og ikke skade: Ved valg av behandling eller tiltak kan det vurderes å bruke vaksine eller behandling som er mindre dokumentert eller ha høyere risiko enn man vanligvis ville ha brukt.

Retten til å bestemme selv: Utgangspunktet er at all helsehjelp forutsetter samtykke. Smittevernloven gir imidlertid anledning til å ta i bruk tvangsmidler for å beskytte andre individer og samfunnet.

Rettferdighet:

Rett til behandling: Alle som oppholder seg i Norge har ved akutt sykdom rett til nødvendig, forsvarlig og omsorgsfull behandling. Dette gjelder også ved smittsomme sykdommer, men personellet må beskyttes.

Prioritering: Det er viktig at man ved en utbruddssituasjon er åpen om grunnlaget for beslutninger om prioriteringer, særlig ved alvorlige utbrudd der prioriteringer kan ha store konsekvenser. Tilbud om behandling eller vaksine ved ressursknapphet bør følge de samme prinsipper som ellers, der man prioriterer de grupper som er spesielt i risiko for å få sykdommen eller har sterkest medisinsk indikasjon, eventuelt nøkkelpersoner, deretter resten av befolkningen. Dette er det valgte prinsipp i pandemiplanen der målsettingen for prioriteringen (for profylakse og behandling) fulgte tre hovedpunkter:

- Forebygge smittespredning og redusere sykkelighet og død
- Behandle og pleie syke og døende hjemme og i helseinstitusjon
- Opprettholde nødvendige samfunnstjenester innenfor alle sektorer.
- Ved alvorlige smittsomme sykdommer kan behandling av selv en eneste pasient være svært kostnadskrevenende og overstige det man vanligvis aksepterer i helse- og omsorgstjenesten. Man bør i denne sammenheng anse deler av kostnaden som samfunnets behov for beskyttelse.

7. Psykososial støtte

Personer som rammes i forbindelse med en alvorlig epidemi, kan oppleve belastninger som fører til behov for bistand fra fagpersoner i kommunenes psykiske helsearbeid eller i det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten etter henvisning, slik vi også erfarer fra større katastrofer, ulykker og lignende hendelser. Kommunale kriseteam har en viktig rolle, i samarbeid med smittevernpersonell som kan gi faglige råd. Se mer i "Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer" utarbeidet av Helsedirektoratet 2016²⁵

Nasjonalt og regionalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS/RVTS) er en tverrdepartemental satsing for å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Senteret samarbeider med regionale ressursmiljøer samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser og gir helsemyndighetene råd. De kan ved behov bistå i en katastrofesituasjon etter oppdrag fra Helsedirektoratet, eventuelt i samarbeid med Utenriksdepartementet.

5. Økonomiske- og administrative forhold

På generelt grunnlag har den enkelte virksomhet et selvstendig ansvar for å finansiere egen organisering og eget arbeid under utbrudd samt tiltak etter denne planen. Departementet kan bestemme at tjenester eller tiltak etter loven skal være gratis for den som er i fare for å bli smittet med smittsomme sykdommer, eller som allerede er det. Erstatnings- og klageregler fremgår av smittevernloven og den generelle helselovgivningen. Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom

²⁵ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1166/Mestring,-samhorighet-og-hap-veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer-IS-2428.pdf>.

sykdom bærer staten utgiftene for rekvirerte obduksjoner.²⁶ Helse -og omsorgsdepartementet har ansvaret for å vedta kostnadsfordelingen ved vaksinasjon.

8. Øvelser og opplæring

Øvelser er et viktig virkemiddel for på generelt grunnlag å sikre og kontrollere at beredskapsplaner, varslings- og rapporteringslinjer og kommunikasjonsveier er velfungerende. Dette gjelder alle forvaltningsnivåer og alle ledd i helse- og omsorgstjenesten. Justisdepartementet er den sentrale pådriveren for at dette ivaretas på nasjonalt nivå og ikke minst i tverrsektorielle sammenhenger. Alle sektorer og virksomheter har et selvstendig ansvar for å øve egen organisasjon samt gi nødvendig opplæring til ansatte, herunder sikre samvirke med relevante virksomheter. Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for den overordnede øvelsesplanleggingen i helsesektoren. Det vises her til Nasjonal helseberedskapsplan. Håndtering av utbrudd av alvorlig smittsom sykdom må øves enten i egne øvelser eller som tema under øvelser med andre hovedmål.

9. Internasjonalt samarbeid

Norden

14. juni 2002 ble det inngått en nordisk helseberedskapsavtale mellom Sverige, Finland, Danmark, Island og Norge samt hjemmestyreområdene Færøyene, Grønland og Åland (i den grad hjemmestyreområdene har gitt samtykke til deltakelse i samarbeidet). Avtalen omfatter samarbeid om forberedelser av beredskapstiltak samt assistanse i tilfelle en kontraherende stat rammes av en krise eller katastrofe. Helsedirektoratet representerer Norge i dette arbeidet.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

WHO oppgaver er:

1. Rådgivning: WHO gir medlemslandene råd om beredskap.
2. Internasjonal overvåking: WHO ivaretar internasjonal overvåking
3. Formelle erklæringer og anbefalinger etter Det internasjonale helsereglementet.

Ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer vil WHO kommunisere med medlemslandene gjennom nasjonale IHR-kontaktpunkter. I Norge er dette Folkehelseinstituttet.

EU-kommisjonen og European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

EUs rolle på helseområdet er begrenset slik at ansvaret for helsetjenester ligger i medlemslandene. Europaparlaments- og rådsbeslutning nr. 1082/2013/EU av 22. oktober 2013 om alvorlige helsetrusler over landegrensene inneholder imidlertid tiltak som skal styrke samarbeidet og koordineringen av alle typer alvorlige grensekryssende helsetrusler i EU, for på denne måten å kunne sørge for en høy beskyttelse av folkehelsen. Alle kategorier av grensekryssende trusler mot helsen dekkes av vedtaket, med unntak av stråling.

Landene skal varsle om hendelser som kan ha internasjonal betydning i EU-kommisjonens varslingsystem EWRS, utveksle informasjon om beredskapsplanlegging samt konsultere hverandre og EU-kommisjonen om planlagte og iverksatte tiltak via Helse-sikkerhetskomiteen (HSC). I Norge er

²⁶ Smittevernloven § 4-5.

Folkehelseinstituttet varslingspunkt for EWRS. Helse- og omsorgsdepartementet deltar som observatør i HSC.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) er underlagt EU-kommisjonen. ECDC bidrar til overvåking, gir råd om beredskap og bidrar til kommunikasjon på smittevernområdet med WHO. ECDC bidrar til risikovurderinger og utarbeider kunnskapsbaserte faglige råd om smitteverntiltak.

10. Begreper og definisjoner

Allmennfarlig smittsom sykdom er definert i smittevernloven som en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som; a) vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller b) kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller c) utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i forskrift hvilke smittsomme sykdommer som skal regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer.²⁷ Det er egne regler i smittevernloven som gjelder for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Alvorlig smittsom sykdom er infeksjonssykdom som kan medføre høy dødelighet eller sykkelighet i befolkningen og som krever særlig omfattende tiltak.

Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom er definert i smittevernloven som et utbrudd eller fare for utbrudd som krever særlig omfattende tiltak. Helsedirektoratet kan i tvilstilfelle avgjøre når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Biologiske faktorer er mikroorganismer, cellekulturer og humane endoparasitter og komponenter (stoffer) fra mikroorganismer som kan forårsake helseskade hos mennesker.

Biosikkerhet (engelsk: biosafety) er tiltak som skal hindre smitte av ansatte som følge av arbeid med smittede personer eller eksponering for biologiske materiale fra disse.

Biosikring (engelsk: biosecurity) inkluderer alle tiltak som skal hindre at biologiske faktorer benyttes til å forårsake sykdom som følge av uhell eller overlagte handlinger.

CBRNE-hendelser er ulykker, uhell, tilfeldig/villet skade (terror) eller stridshandlinger som involverer særlig farlige kjemiske stoffer (Chemical), biologiske agens (Biological), radiologisk stråling (Radiation), kjernefysisk materiale (Nuclear) og/eller eksplosiver (E).

CBRNE-senteret: Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin.

Dekontaminering av miljø, utstyr eller mennesker innebærer mekanisk vask og desinfeksjon av overflater som kan være dekket av smittestoffer. Begrepene «dekontaminering», «sanering» og «rens» brukes ofte synonymt.

DG SANTE: Den kommisjonen i EU som har ansvaret for helsesaker.

DSB: Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap

ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control. Det europeiske smittevernbyrået.

²⁷ Forskrift 1.1.95 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer.

EHEC: Enterohemoragisk E.coli

En smittet person er definert i smittevernloven som en person som har eller det etter en faglig vurdering er grunn til å anta, har en smittsom sykdom slik det er definert i smittevernloven § 1-3 nr. 1. For kroniske infeksjonssykdommer gjelder at en person anses som en smittet person bare når vedkommende er smitteførende eller frembyr slike tegn på aktiv sykdom som medfører at personen kan være smitteførende. Som en smittet person regnes også en person som

EWRS: Early Warning and Response System. EU-kommisjonens varslingsystem for smittsomme sykdommer.

FHI: Folkehelseinstituttet.

FOH: Forsvarets operative hovedkvarter.

HelseCIM: Nettbasert verktøy som brukes for krisehåndtering.

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet.

Høyriskosmittesykdom er infeksjonssykdom som smitter lett mellom mennesker og som er forbundet med høy dødelighet og som det vanligvis ikke finnes effektiv behandling mot. Høyriskosmittesykdommer er oftest forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 4.

IHR: Det internasjonale helsereglementet. Administreres av Verdens helseorganisasjon og har til formål å hindre spredning av smittsomme sykdommer over landegrensene gjennom kommunikasjon og handel.

Inneslutningsnivå: Fysiske og andre tiltak som skal begrense biologiske faktorer kontakt med mennesker og miljø slik at disse sikres et høyt nivå av sikkerhet. Tiltakene er inndelt i fire nivåer, hvor 4 representerer de strengeste tiltakene.

Kohortisolering: Isolering av flere pasienter med samme smittsomme sykdom på samme rom, etasje eller bygning på en slik måte at smitten ikke spres til andre.

MERS: Middle East Respiratory Syndrome.

MSIS: Meldingssystemet for Smittsomme sykdommer. Regulert i MSIS-forskriften.

Nøkkelpersonell er personell som er nødvendige for å kunne opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner. Dette gjelder både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Den enkelte virksomhet må selv definere hvem som regnes som nøkkelpersonell.

OUS: Oslo universitetssykehus HF.

PHEIC: Public Health Emergency of International Concern. Erklæres av generaldirektøren i WHO.

Referanselaboratorier: Laboratorier som har et særskilt ansvar for diagnostikk av spesifikke agens.

RHF: Regionale helseforetak.

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome.

Smitterisikogruppe: Levende biologiske faktorer klassifiseres i fire smitterisikogrupper i henhold til den infeksjonsfaren de representerer:

Smitterisikogruppe 1: En biologisk faktor som vanligvis ikke forårsaker infeksjonssykdom hos mennesker.

Smitterisikogruppe 2: En biologisk faktor som kan forårsake infeksjonssykdom hos mennesker og være til fare for arbeidstakere, men som det er usannsynlig at vil spre seg til samfunnet og som det vanligvis finnes effektive forebyggende tiltak eller behandling mot.

Smitterisikogruppe 3: en biologisk faktor som kan forårsake alvorlig infeksjonssykdom hos mennesker og utgjøre en alvorlig fare for arbeidstakerne, det kan være risiko for spredning til samfunnet, men det finnes vanligvis effektive forebyggende tiltak eller behandling

Smitterisikogruppe 4: en biologisk faktor som forårsaker alvorlig infeksjonssykdom hos mennesker og utgjør en alvorlig fare for arbeidstakerne, det kan være stor risiko for spredning til samfunnet og det finnes vanligvis ingen effektive forebyggende tiltak eller behandling.

Smittsom sykdom er definert i smittevernloven § 1-3 nr. 1 som en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av en mikroorganisme (smittestoff) eller del av en slik mikroorganisme eller av en parasitt som kan overføres blant mennesker, inkludert smitte via mat, vann, dyr og vektorer. Som smittsom sykdom regnes også sykdom som er forårsaket av gift (toksin) fra mikroorganismer.

URE: Utenriksdepartementets utrykningsenhet.

Utbrudd: To eller flere tilfeller av samme sykdom med antatt felles kilde (hotell/feriested, utstyr, næringsmidler, vann eller annet), eller flere tilfeller enn forventet av en bestemt sykdom innenfor et område i et gitt tidsrom. Ett enkelt sykdomstilfelle kan også regnes som et utbrudd dersom sykdommen ikke er endemisk i Norge eller det endemiske nivået er svært lavt.

Utbruddsoppløring er en prosess som kan anvende både mikrobiologiske, epidemiologiske og kliniske metoder parallelt, eventuelt sammen med intervjuer, miljøundersøkelser og inspeksjoner for å få kunnskap om årsaksforhold og smittemåter ved utbruddet slik at effektive tiltak kan iverksettes.

WHO: World Health Organization - Verdens Helseorganisasjon.

Zoonose: Sykdom som smitter fra dyr til mennesker.

11. Lovgrunnlag

I denne planen omtales følgende lover og forskrifter særskilt:

Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)

Lov 25. juni 2010 nr. 45 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven)

Lov 4. august 1995 nr. 53 om politiet (politiloven)

Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

Forskrift 1. januar 1999 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer

Forskrift 3. april 1998 nr. 327 om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd

Forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift 6. desember 2011 nr. 1356 om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften)

Forskrift 21. desember 1993 nr. 1219 om grossistvirksomhet med legemidler

Forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for

internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)

Forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om Meldingssystem for smittsomme sykdommer(MSIS-forskriften)

Forskrift 6. desember 2011 nr. 1357 om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid)

Forskrift 18. desember 2009 nr. 1839 om legemidler (legemiddelforskriften)

Forskrift 11. oktober 2005 nr. 1196 om smittefarlig helseavfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste

Forskrift 1. april 2009 nr. 384 om landtransport av farlig gods

Forskrift 6. desember 2011 nr. 1358 om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet samt smitterisikogrupper for biologiske faktorer(forskrift om tiltaks- og grenseverdier)

Vedlegg. Viktige institusjonelle aktører og deres samhandling

Det vises til *Nasjonal helseberedskapsplan* for en generell oversikt over aktører, roller, ansvar og samhandling i helse- og omsorgssektoren.

Kommunen

Kommunens oppgaver innen smittevern innebærer at kommunen blant annet skal skaffe seg oversikt over arten og omfanget av smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges og sørger for at tiltak blir satt i verk.²⁸

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret fatte vedtak om møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering med mer.²⁹

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom har helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet etter kommunestyrets nærmere bestemmelse.³⁰

En lege som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, har plikt til å delta i forebygging av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig og etter vedtak av kommunestyret.³¹

Kommunens beredskapsplikt følger av både smittevernloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helseberedskapsloven og sivilbeskyttelsesloven som hjemler regelverket for kommunal beredskapsplikt. I en beredskapssituasjon vil kommunene i praksis iverksette sine smittevernplaner, og i en slik situasjon er det viktig at kommunen har ordninger som bidrar til at kommunelegefunksjonen kan nås. Når kommunen har lagt smittevernoppgavene til et interkommunalt organ, kan kommunestyret delegerer kommunelegens myndighet etter de bestemmelser til en eller flere leger ansatt i dette organet.

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter folkehelseloven. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgivere for kommunen for å ivareta blant annet hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap.³²

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge personell som i kommunen utfører oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven å utføre nærmere tilvist arbeid.³³

²⁸Smittevernloven § 7-1.

²⁹ Smittevernloven § 4-1.

³⁰ Smittevernloven § 4-9.

³¹ Smittevernloven § 4-9.

³² Folkehelseloven § 27.

³³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3.

Kommuner med utpekte lufthavner og havner

Helsedirektoratet har i tråd med forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse³⁴ utpekt hvilke havner, lufthavner og grensepasseringssteder som skal ivareta særskilte oppgaver, slik at de kan håndtere en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse.

De utpekte lufthavnene og havnene ligger i Ullensaker (Oslo lufthavn), Oslo (havn), Bergen (lufthavn og havn) og Tromsø (lufthavn og havn) kommune. Disse kommunene skal til enhver tid ha kapasitet til å sikre hensiktsmessige medisinske tjenester og personell, transportutstyr, m.m. samt kapasitet til å respondere på hendelser som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse i henhold til det internasjonale helsereglementet om krav til kjernekapasitet for utpekte lufthavner og havner. Regioner med ansvar for flyplasser eller havner med internasjonale ankomster generelt må kunne håndtere isolering, evakuering, sanering og transport av mistenkt smitteførende pasienter, samt registrering og oppfølging av ikke smitteførende passasjerer.

Kommunelegen

Kommunelegen skal utføre en rekke oppgaver innen smittevernet. Kommunelegen skal:

- utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak og organisere og lede dette arbeidet,
- ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
- utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
- bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen innenfor smittevern,
- gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer m.m.³⁵

Kommunelegen kan på bestemte vilkår fatte hastevedtak om forskjellige smittevern- og tvangstiltak³⁶, samt fatte vedtak om forbud mot utførelse av arbeid³⁷.

Når behandlende lege ikke har forutsetninger for å foreta videre undersøkelser eller smitteoppsporing, skal kommunelegen overta.³⁸ Plikten inntretr når det er klart at primærlegen ikke har de rette forutsetningene for å foreta smitteoppsporing. Likeså inntretr plikten i alle tilfeller hvor det kan være mistanke om at smitten ikke skriver seg fra en person, men fra kilder i miljøet. Saken blir da et offentlig anliggende som det faller på kommunelegen å følge opp, enten selv eller ved at nødvendig fagekspertise engasjeres i arbeidet.

Kommunelegen kan vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres dersom det er nødvendig for å fastslå sykdommens art eller for å påvise andre forhold som det er viktig å kjenne til for å kunne forebygge en slik sykdom eller motvirke at den blir overført.³⁹

Regionale helseforetak og helseforetak

³⁴ IHR-forskriften.

³⁵ Smittevernloven §7-2.

³⁶ Smittevernloven §§ 4-1 og 5-8.

³⁷ Smittevernloven § 4-2.

³⁸ Smittevernloven §§3-5 og 3-6

³⁹ Smittevernloven § 4-5.

Det regionale helseforetaket skal:

- sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus og annen spesialisthelsetjeneste når det gjelder smittsomme sykdommer
- utarbeide en plan for det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.⁴⁰
- utpeke en sykehuslege som kan gjøre vedtak etter smittevernlovens bestemmelse om forbud mot utførelse av arbeid og om hastevedtak sammen med kommunelegen.
- Det regionale helseforetaket i helseregionen eller helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, skal inngå samarbeidsavtale med kommunestyret. Slike samarbeidsavtaler skal også omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Når det avtales samarbeidstiltak, bør avtalen klargjøre ansvarsforholdene, arbeidsgiveransvaret, og hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres

Regionale helseforetak kan delegere det operative samordningsansvaret for regionen til ett helseforetak.

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan det regionale helseforetaket pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetaket og institusjoner som det regionale helseforetaket eier, å utføre nærmere tilvist arbeid. Departementet kan pålegge lege å delta i lokal redningsentral.⁴¹

Spesialisthelsetjenesten er dimensjonert og bemannet ut fra behovet for sykehustjenester i befolkningen. Den strukturen som finnes er etablert ut fra kunnskap om forekomsten av sykdommer og hendelser som krever sykehusinnleggelse. Dersom det oppstår en ekstraordinær situasjon der det er behov for en betydelig økning av kapasiteten innenfor en bestemt sykdomsgruppe (som ved en pandemi) eller dersom pasienter som innlegges lider av en tilstand som krever særlige tiltak (som ved ebolasykdom) vil sykehusenes driftssituasjon settes betydelig på strekk. Alle sykehus må ha planer for å endre aktivitet i tråd med den aktuelle situasjonen.

Ved uventet stor tilstrømming av pasienter til sykehusene, er det nødvendig at sykehusene har tilfredsstillende lokaler der pasienter kan tas imot. Ved behov må ekstra mottakskapasitet etableres i egnede lokaler. Alle helseforetak må ha planer for alternativ utnyttelse av sykehusets sengekapasitet og personellressurser tilpasset en betydelig økt pasienttilstrømming. Dette inkluderer også samarbeidsavtaler med eksterne aktører som kommuner, andre sykehus i regionen og med andre RHF. I situasjoner som krever helt ekstraordinære tiltak, må det utarbeides prosedyrer som sikrer at pasienter håndteres forsvarlig og at helsepersonell blir gitt den nødvendige opplæring. Planer for relevante sikringstiltak må utarbeides.

Det må utarbeides planer for å omdefinere driften og nærmere definere hvilke andre pasienter som midlertidig må vike når en ekstraordinær driftssituasjon oppstår og hvilke kriterier som bør være førende for hvilke pasienter som skal nedprioriteres først.

Om nødvendig må det inngås avtaler med aktuelle yrkesorganisasjoner som sikrer at de samlede personalressurser kan utnyttes mest rasjonelt.

Sykehusene må etablere planer som sikrer forsyninger av nødvendig utstyr og materiell.

⁴⁰ Smittevernloven § 7-3.

⁴¹ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 d).

Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin

Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin er en tjeneste med særskilt kompetanse på kjemiske, biologiske, radiologiske og nukleære skader (stråleskader).

Ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer som krever ekstraordinær beredskap og kompetanse, samarbeider CBRNE-senteret bl.a. med pre-hospitale tjenester og med Infeksjonsmedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus som drifter høysikkerhetsisolatet.

Regionale kompetansesentre for smittevern

De regionale kompetansesentrene for smittevern i Helse Sør-Øst, Helse Midt, Helse Nord og Helse Vest har ansvar for smittevern i sine respektive helseregioner i samarbeid med sykehusene.

Kompetansesentrene har følgende hovedoppgaver:

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

Fylkesmannen

I generelt samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeid er Fylkesmannen en sentral koordinator, samordningsaktør og bindeledd mellom sentralt og kommunalt nivå i helse- og omsorgsberedskapen. Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer, og skal holde Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet orientert om forholdene i fylket.⁴²

Helse- og omsorgsdepartementet

Departementet kan:

- i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter denne loven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven i forbindelse med smittsomme sykdommer.
- bestemme at lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet, blant annet for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap
- i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.⁴³
- når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, fastsette i forskrift at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.
- ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom i forskrift bestemme at personer som ikke er vaksinert; a) må oppholde seg innenfor bestemte områder, b) skal nektes

⁴² Smittevernloven § 7-4.

⁴³ Smittevernloven § 7-11.

deltakelse i organisert samvær med andre, f.eks. i barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler, c) må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens nærmere bestemmelse.⁴⁴

For øvrig vises det til Helse- og omsorgsdepartementets hjemler i smittevernloven til å fastsette forskrifter som kan være relevante i forhold til denne planen.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet forvalter lov- og forskriftsverket innenfor helsesektoren og iverksetter vedtatt politikk. I tillegg har Helsedirektoratet en uavhengig rolle som faglig rådgiver. Gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter loven, skal Helsedirektoratet medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer.⁴⁵

Når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern, kan Helsedirektoratet:

- bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer. vilkår⁴⁶.
- ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, treffe vedtak om møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering for hele landet eller for deler av landet.^{45,47}

Helsepersonell har plikt til å følge Helsedirektoratets pålegg etter § 7-10 om at en ved smittsom sykdom skal følge bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer eller bare må gjøres av noen som Helsedirektoratet har godkjent.⁴⁸ Helsedirektoratet kan reise tvangssak for smittevernemnda i henhold til smittevernloven kapittel 5.

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt. Folkehelseinstituttet har ansvaret for overvåking av infeksjonssykdommer i Norge, og deltar i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, bistår i utbruddsetterforskning, har vaktordning for varslings-, smittevernrådgivning, og mikrobiologisk beredskap, utfører helseanalyser, driver forskning på smittevernområdet og har ansvar for blant annet å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap.

Folkehelseinstituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer, smittevern, valg av smitteverntiltak mot smittsomme sykdommer, resistensutvikling, laboratorieundersøkelser m.m.⁴⁹ FHI er kontaktpunkt for EWRS og IHR.

⁴⁴ Smittevernloven § 3-8.

⁴⁵ smittevernloven § 7-10.

⁴⁶ Smittevernloven § 3-8.

⁴⁷ Smittevernloven § 4-1.

⁴⁸ Smittevernloven §§ 3-9 og 7-10.

⁴⁹ Jf. blant annet smittevernloven § 7-9.

Pandemi- og epidemikomiteén

Pandemi- og epidemikomiteén er et rådgivende organ for Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Komiteen er sammensatt av personer med kompetanse på smittevern, beredskap og smittsomme sykdommer, deriblant influensa. Komiteen skal gi råd om smitteverntiltak som er relevante før, under og etter utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Hensikten er å få et bredt tilfang av faglige innspill, kommentarer og råd til håndteringen av et alvorlig utbrudd eller en pandemi, samt å sikre samhandling og informasjonsutveksling mellom aktørene. Komiteens råd skal bidra til best mulig koordinering av de tiltakene som iverksettes under slike hendelser. Pandemi- og epidemikomiteén er også høringsinstans for planverk som utarbeides av Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet og som omhandler pandemier og epidemier.

Komiteen er ikke en operativ enhet som sitter sammen under et utbrudd. Ved utbrudd av sykdommer som komiteen ikke har tilstrekkelig kunnskap om, kan komiteen utvides med personer som har nødvendig kompetanse.

Pandemi- og epidemikomiteén ledes av Helsedirektøren. Folkehelseinstituttet har sekretariatet for komiteen. Komiteéns arbeidsutvalg (AU) består av komiteens medlemmer fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Arbeidsutvalget vedtar sammensetning av komiteen og supplerer med nye medlemmer ved behov. Arbeidsutvalget vedtar ved behov innkalling av møter og forbereder saker til komitémøtene.

Matsmittekomitéen

Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Fiskeri- og kystdepartementet bestemte i 2007 at det skal opprettes en tverretattlig rådgivende gruppe ved Folkehelseinstituttet for å bidra til god koordinering, samhandling og kvalitetssikring under etterforskningen av næringsmiddelbårne utbrudd.

Matsmittekomitéen er en permanent komité med faste medlemmer. Folkehelseinstituttet leder komiteen og holder et sekretariat. Arbeidet i komiteen er beskrevet i Folkehelseinstituttets utbruddsveileder. Instituttet kan på eget initiativ eller på oppfordring fra medlemmene kalle inn til møte i komiteen, dersom det er behov for komiteens kompetanse og bistand til koordinering av de involverte etatene.

Matsmittekomitéen forholder seg til ansvarsprinsippet og etatenes linjestyring. Beslutninger om tiltak, for eksempel tilbaketrekking av produkter eller stenging av virksomheter, må som før, tas av relevant myndighet, som kan være Mattilsynet, eventuelt kommuneoverlegen eller Helsedirektoratet.

Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn skal ha det overordnede tilsynet med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med lovverket.⁵⁰

Mattilsynet

Mattilsynet er underlagt Landbruks -og matdepartementet, men er faglig forankret i både Landbruks-

⁵⁰ Smittevernloven § 7-10 a.

og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Mattilsynet skal innenfor sitt ansvarsområde bidra til å hindre at det oppstår alvorlige smittsomme sykdommer som vil kunne påvirke folkehelsen. Ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom i befolkningen der smitten kommer fra næringsmidler, drikkevann eller dyr, har Mattilsynet ansvaret for å iverksette tiltak i matkjeden eller dyrebesetninger og for å spore smitekilden. Mattilsynet samarbeider med lokale og nasjonale smittevernmyndigheter ved næringsmiddelbårne utbrudd og zoonoser.

Veterinærinstituttet

Veterinærinstituttet har kompetanse innen veterinærmedisinsk toksikologi, mykologi, parasittologi, bakteriologi, virologi, patologi, immunologi og epidemiologi, og har landsdekkende diagnostikk, helseovervåking og rådgivning innen det veterinærmedisinske området. Instituttet samhandler aktivt med Mattilsynet i sin beredskapsrolle. En viktig oppgave for instituttet er å gi vitenskapelig baserte råd og risikovurderinger. Instituttet er utstyrt for undersøkelse av mikroorganismer som gir alvorlige smittsomme dyresykdommer og zoonoser (inneslutningsnivå 3-laboratorium) og kan bistå med råd og eventuelt bistand i felten ved mistanke om utbrudd.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har ansvar for både nasjonal, regional og lokal samfunnssikkerhet og beredskap. Direktoratet har ansvar for Sivilforsvaret. DSB gir hvert år ut rapporten «Nasjonalt risikobilde» som beskriver alvorlige risikoforhold og presenterer resultater fra risikoanalyser for et utvalg uønskede hendelser med potensielt katastrofale konsekvenser for samfunnet.

DSB er kontaktpunkt for EUs krisemekanisme. Direktoratet er videre ansvarlig for å utarbeide og vedlikeholde en veileder for nasjonal kontinuitetsplanlegging om opprettholdelse av kritiske funksjoner ved høyt personellfravær både for offentlig og privat virksomhet. I tillegg er DSB en støtteressurs for lederdepartementet under utbrudd av alvorlig smittsom sykdom.

Politiet

Politiet skal iverksette og organisere redningsinnsats der menneskers liv eller helse er truet, hvis ikke en annen myndighet er pålagt ansvaret.⁵¹ Plikten til å yte bistand ved gjennomføringen av tiltak er særlig aktuell for politiet.⁵² Politiet skal om nødvendig yte bistand ved gjennomføring av forskjellige smitteverntiltak og karantenetiltak, tvungen legeundersøkelse og tvungen isolering.

I forbindelse med en terroraksjon vil politiet ha svært viktige oppgaver og ha en meget sentral rolle. I en krisesituasjon kan det være behov for forsterket ordenstjeneste. Det kan tenkes iverksatt særskilt grensekontroll, vakthold/karantene ved fly osv.

Forsvaret

Helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter har inngått avtale om gjensidig

⁵¹ Politiloven § 27.

⁵² Jf. smittevernloven § 4-10.

bistand.⁵³ Avtalen gir retningslinjer om Forsvarets anmodning om bistand fra helse- og omsorgstjenesten og omvendt. Bistand fra Forsvaret med strategisk luftevakuering er regulert i avtale vedrørende gjensidig bistand.⁵⁴ av mellom Helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter.

Utenriksdepartementet

Utenriksdepartementet har ansvar for på gi offisielle reiseråd og for koordinering og samhandling med myndighetene i berørte land. UD har videre ansvar for egne utenriksstasjoner og –personell. Ved hendelser eller trusselsituasjoner som kan ramme nordmenn eller norske interesser i utlandet, kan UD opprette en utrykningsenhet, Utenriksdepartementets utrykningsenhet (URE), for å forsterke utenriksstasjonenes krisehåndteringsevne. Enheten skal hjelpe utenriksstasjonen med å ivareta sine oppgaver overfor egne borgere. Utrykningsenheten består av personell fra UD, politiet og helse- og omsorgstjenesten.

Er det ytterligere behov for helsepersonell, forsterkes URE med helseteam. Helseteamenes primære oppgave er å bistå den aktuelle utenriksstasjonen med å gi medisinsk bistand til nordmenn. Ved behov skal de behandle syke og skadde og klargjøre disse for transport til Norge.

I henhold til utenriksinstruksen skal utenriksstasjonene rapportere til Folkehelseinstituttet om forekomst av smittsomme sykdommer med særlig høy alvorlighet innenfor stasjonens embetsdistrikt. Rapportene fra utenriksstasjonene kan inngå i beslutningsgrunnlaget for iverksetting av tiltak overfor reisende til Norge, tiltak overfor import av matvarer til Norge og rådgivning overfor reisende til det aktuelle land. Det er derfor viktig at innberetning til Folkehelseinstituttet skjer tidlig.

Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere, samt mandat for Fylkesmannen

Biologiske hendelser er naturlige utbrudd av smittsomme sykdommer og tilsiktede handlinger med biologisk materiale i fredstid, ved sikkerhetspolitiske kriser og ved væpnet konflikt, som kan ha alvorlige konsekvenser for liv, helse og miljø og andre viktige samfunnsinteresser. Forebygging og håndtering av biologiske hendelser krever samvirke mellom flere sektorer. Det etableres et tverrsektorielt samvirkeområde for biologiske hendelser på etatsnivå for å kunne stille ekspertise til rådighet og sørge for rask koordinert iverksettelse av tiltak for å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser ved biologiske hendelser. Samvirkeområdet består av et kriseutvalg med ledelse, rådgivere og sekretariat. Kriseutvalgets mandat omfatter biologiske hendelser som finner sted i Norge og på norsk territorium utenfor Norge og som ikke har direkte konsekvenser på norsk territorium, dersom hendelsen berører nordmenn eller norske interesser.

⁵³ 7.12 2011

⁵⁴ 12.12.2011

SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
031/18	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	PS	27.08.2018
025/18	Eldrerådet	PS	28.08.2018
	Levekårsutvalet	PS	

Saksbehandlar	ArkivsakID
Terese Folgerø	18/2259

Høyringsuttale til Utviklingsplan HDS 2018-2035

Vedlegg:

Høyring - Utviklingsplan 2018 - 2035 Haraldsplass Diakonale Sykehus
Utviklingsplan HDS 2018-2035
_Høyringsutkast(375941)

Rådmannen sitt framlegg til vedtak

Lindås kommune gir uttale i samsvar med vurderingane gitt i saksutgreiinga

Saksopplysningar:

Saka skal til uttale i eldreråd og råd for menneske med nedsett funksjonsevne
Saka skal avgjerast i levekårsutvalet

Bakgrunn

Nasjonal helse- og utviklingsplan legg til grunn at alle føretak skal utarbeide utviklingsplanar med ein horisont fram mot 2035, og Helse Vest RHF vidareførte dette som bestilling i styringsdokumentet for 2017 til sine helseføretak. Lindås kommune ga i juni 2018 uttale til Helse-Bergen sin utviklingsplan.

12. juli 2018 sendte Haraldsplass Diakonale Sjukehus (HDS) sitt utkast til Utviklingsplan ut på høyring, og høyringsfrist er 10.september 2018.

Vurdering

Slik rådmannen ser det er Utviklingsplan HDS 2018-2035 ein god overordna plan. Det er særst positivt at HDS legg vekt på å:

- vidareutvikle det akutte indremedisinske tilbodet
- fortsette med akuttkirurgi og elektiv kirurgi et innanfor utvalte område
- lindrande behandling i samarbeid med kommunane og Helse Bergen

- utvikle det geriatriske tilbudet og saman med samarbeidspartnarar skape ein tydeleg satsing på den eldre pasienten

Det er også positivt at HDS legg vekt på forskning, utvikling og innovasjon, og kommunen ser svært positivt på etablering av ortogeriatri, saman med anna satsing på den eldre pasienten.

Rådmannen vil peike på følgjande

1. **Kommunal medverknad.** I arbeidet med utviklingsplanen har kommunane ikkje blitt tilstrekkeleg involvert. Det har vore to møtepunkt mellom 24 kommunar i heile Helse-Bergen sitt område, Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS). Program og struktur på desse møta har blitt bestemt av spesialisthelsetenesta, og tema definert av spesialisthelsetenesta har blitt diskutert. Kommunar som har HDS som sitt lokalsjukehus har ikkje blitt invitert inn i prosessen med HDS sin utviklingsplan, og ein kort høyringsfrist midt på sommaren, gir heller ikkje mulighet for tilstrekkeleg medverknad frå kommunane.
2. **Heilskaplege pasientforløp.** Det er positivt at planen legg vekt på tverrfaglegeheit og heilskaplege pasientforløp.

Sjølv om HDS ikkje har ein psykiatrisk avdeling, er det viktig at pasientar med psykiske lidningar får kvalifisert psykisk helsehjelp når dei blir lagt inn med somatiske tilstander.

Det blir ikkje drøfta om noe av auken i aktivitet skyldast fleire kortare sjukehusopphald i same sjukdomsforløp på grunn av reinnleggingar, og derfor i realiteten er eit uttrykk for meir fragmeterte pasientforløp. Det er inneber ein risiko for pasienten om han/ho blir skriven ut til sjukeheim, når han/ho i realiteten ikkje er ferdig utreda eller det ikkje er tatt stilling til behandling og vidare forløp.

3. **Samarbeid med kommunar.** Det er viktig at pasientforløp er heilskaplege innanfor sjukehuset, men størstedelen av den enkelte pasienten sitt forløp er i kommunane. Planen nemner fleire gonger at det er viktig å samarbeide med kommunehelsetenesta, men kjem ikkje med forslag til korleis det best kan gjerast, utover noen få eksemplar på gode tiltak.
 1. Det er svært positivt at HDS har gjort overlegar i akuttmottak lett tilgjengelege for telefonkontakt frå fastlegane.
 2. Det er positivt at det blir arrangert møter med fastlegar to gonger i året, og det er kommunikasjon med pleie- og omsorgstenesta.
 3. Det vanskeleg for kommunen å få tilstrekkeleg med medisinske opplysningar om enkeltpasientar som treng behandling, pleie og omsorg etter sjukehusopphald. Kommunen treng dei opplysningane som er lista opp i Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar § 9 pkt. a-e, og plikta til å gje desse opplysningane til kommunen er gitt i Helsepersonelloven § 45 om Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysningar: «Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gis nødvendige og relevante helseopplysningar i den grad dette er

nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte.» Det er kommunen sjølv som avgjer kva opplysninger som trengs for å vurdere om kommunen kan gje og korleis kommunen kan gje forsvarleg helsehjelp (medisinsk behandling, rehabilitering, pleie og omsorg).

4. **Oppgåveoverføring til kommunane.** HDS har hatt ein reduksjon i sengetal til tross for auke i aktivitet. Dette skyldast både dagkirurgi og redusert liggetid.

4. Utviklingsplanen drøfter ikkje om noe av auken i aktivitet skyldast fleire kortare sjukehusopphald i same sjukdomsforløp på grunn av reinnleggelser.
5. Er kortare liggetid og auka dagkirurgisk aktivitet i realiteten avhengig av at oppgåver blir overført til fastlegar, heimesjukepleie, sjukeheimslegar og sjukeheimar? Vi erfarer at pasientar som ikkje fyller kriteria for å vere utskrivningsklar (jf. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9 pkt. a-e) , blir utskrivne til sjukeheim, og at det er nødvendig å legge dei inn igjen fordi problemstillingane ved innleggelse, slik dei var formulert av innleggande lege ikkje alltid er avklart, det har kome fram andre problemstillingar under sjukehusopphaldet og dei er ikkje avklart, det føreligg ikkje alltid eit klårt standpunkt til diagnosar, og det er ikkje alltid ein vidare plan for behandling og oppfølging av pasienten. Vi ser og at pasientar blir meldt som klar for utskrivning utan at det føreligg svar på supplerande undersøkingar som t.d. røntgen og blodprøvar, som skal vere grunnlaget for den diagnostikken og behandlinga som skal utførast i sjukehuset.

På bakgrunn av dette kan ein spørje om HDS planlegg for liten sengekapasitet i sin utviklingsplan, og legg til grunn at mange oppgåver før innleggelse (førebuing til dagkirurgi) skal ivaretakast av fastlegar, og at kommunen sine legar og sjukepleiarar skal utføre oppgåver etter utskrivning, som eigentleg er ein del av utgreieing og behandling som høyrer til i sjukehus.

5. **Kvalitetsindikatorar.** Utviklingsplanen peiker på at sjukehuset har forbetra seg kraftig innafor dei fleste viktige nasjonale kvalitetsindikatorane sidan 2012. Det hadde vore interessant å få vite kva kvalitetsindikatorar som det er naudsynt å forbetre seg vidare innan, og korleis ein vil nå måla.

6. **Økonomiske og administrative konsekvensar for kommunar** Kommunane har problem med å rekruttere til fastlegeheimlar, og det snakkast om ei krise i fastlegeordninga. Kommunar strever og med å rekruttere til andre stillingar, som til dømes sjukepleiarar. Kommunar får også stadig ny oppgåver innan mange samfunnssektorar, og finansieringa følgjer ikkje oppgåvene i stor nok grad. Haraldsplass diakonale sjukehus kan derfor ikkje legg til grunn ei oppgåveoverføring til kommunane, som ikkje er avtalt eller finansiert.

Til våre samarbeidspartnere

Vår ref.:
2018/127

Deres ref.:
0

Dato:
12. juli 2018

Høring Utviklingsplan 2018 - 2035 Haraldsplass Diakonale Sykehus AS

Som et ledd i gjennomføringen av Nasjonal helse- og sykehusplan har HDS utarbeidet en utviklingsplan for sin virksomhet frem til 2035, på linje med de offentlige helseforetakene. I denne planen skal vi beskrive nåsituasjonen, og skildre hva vi på Haraldsplass vil fokusere på de neste 17 årene.

Utviklingsplan skal gi føringer for hvordan sykehuset skal utvikle seg for å kunne møte de fremtidige behovene for helsetjenester innenfor rammene for virksomheten.

Den nasjonale veilederen for arbeidet med utviklingsplaner har vært utgangspunkt for arbeidet sammen med føringer fra Helse Vest RHF.

Det er et førsteutkast til utviklingsplan som nå blir sendt på høring. Vi ber om svar innen **10.september 2018**

Høringssvar sendes til hds@haraldsplass.no, merk gjerne saksnummer 2018/ 127

Planen vil bli ferdig etter høringsrunden, og styret for Haraldsplass Diakonale Sykehus skal behandle den endelig 21. september 2018. Endelig plan til behandling i Helse Vest RHF 1. oktober 2018

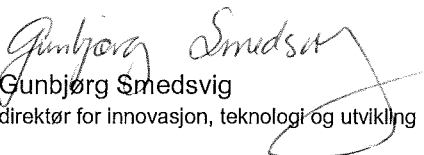
Vennlig hilsen



Kjerstin Fyllingen
administrerende direktør



Petter Thornam
viseadministrerende direktør



Gunbjørg Smedsvig
direktør for innovasjon, teknologi og utvikling

Vedlegg:
Utkast til utviklingsplan 2035 Haraldsplass Diakonale Sykehus AS




Utviklingsplan HDS 2018-2035

JULI 2018

Sammendrag

Kompetanse med hjertevarme

Haraldsplass Diakonale Sykehus er i dag et av tre store ideelle sykehus i Norge og en viktig del av det offentlige helsetilbudet gjennom driftsavtale med Helse Vest RHF. Vi er et lokalsykehus og et stort akuttisykehus innen indremedisin for innbyggerne i Nordhordland, Gulen, Samnanger og en tredjedel av Bergens befolkning (til sammen 145 000 innbyggere). Haraldsplass er dessuten anerkjent for sitt tilbud innen geriatri og lindrende behandling. Sykehuset tilbyr også elektive og øyeblikkelig hjelp operasjoner, og utmerker seg innen kne-, skulder- og protesekirurgi, urologi, tykktarmskreft- og brokkirurgi.



VISJON
BIDRA TIL LIVSMESTRING,
HELSE OG LINDRING FOR
BÅDE PASIENTER OG
PÅRØRENDE

Haraldsplass skiller seg fra helseforetakene ved at vi kun tilbyr deler av det et helseforetak tilbyr. Den største pasientgruppen ved sykehuset er akutte indremedisinske pasienter. Dette gjør at sykehuset er et stort akuttisykehus med en større andel akutte innleggelser enn de fleste sykehus. Vi har en større andel pasienter som er over 67 enn de fleste helseforetak. Dette er fordi det er stor andel eldre i vårt lokalsykehusområde, og fordi vi har tilbud innen akutt indremedisin, som er det vanligste eldre pasienter blir innlagt på sykehus for. Demografiendringene med flere eldre frem mot 2035 gjør dermed at framskrivningene av aktivitet viser en større økning ved Haraldsplass enn de fleste sykehus. Særlig skiller Haraldsplass seg ut med en forventet økning i sengebehov på 25 prosent frem mot 2035.

Innen indremedisin har vi overleger med alle typer grenspesialiteter, samt geriatrisk kompetanse. De aller fleste pasienter som innlegges med indremedisinske tilstander fullfører sin behandling hos oss. Kun de med behov for regionsykehusfunksjoner overflyttes til Haukeland Universitetssykehus. Nærheten til regionsykehuset er en stor fordel.

Innenfor planlagt kirurgi har vi i samarbeid med Helse Bergen og Helse Vest fordelt hvilke områder vi skal satse på. For eksempel operer vi hovedsakelig godartet prostata, mens Haukeland opererer prostatakreft. Dette gjør at vi får et stort volum på de operasjonene vi tilbyr og kan drive bærekraftige kompetansemiljøer innen de utvalgte ortopediske og kirurgiske fagområdene.

Siden 2013 har sykehuset gjennomført omfattende kvalitetsforbedring og effektivisering. Sykehuset skiller seg ut med svært gode resultater på de fleste nasjonale kvalitetsindikatorerne. Samtidig har vi redusert senger og økt totalaktivitet med 25 prosent uten en tilsvarende økning i antall ansatte.

I årene fremover skal vi fortsette satsingen på kvalitet, fornuftig ressursbruk, kompetanseoppbygging, tjenesteinnovasjon, teknologi og oppgaveglidning. Ved å innføre ny teknologi og utvikle våre operasjonsmetoder vil vi øke andelen dagkirurgi betydelig.

Med en tydelig satsing på geriatri ønsker vi særlig å fokusere på den eldre multisyke pasienten. For å få til et bedre tilbud til pasientene er vi avhengig av et enda tettere samarbeid med kommuner, Helse Bergen, utdanningsinstitusjoner og andre private ideelle aktører i regionen. Vårt mål er en helhetlig behandling der spesialisthelsetjenesten bidrar til at pasienten har korrekt diagnose, fungerer godt hjemme, og kun får de medisinerne pasienten trenger. Brukermedvirkning der både pasient og pårørende får tydelige roller i behandlingen er avgjørende for å møte fremtidens demografiutfordringer.

I september 2018 tar sykehuset i bruk et moderne innovativt sengebygg på 14 200 kvadratmeter. Samtidig starter rehabilitering av eksisterende bygningsmasse, hvor det skal rehabiliteres lokaler til bla. nye poliklinikker, ny geriatrisk sengepost og poliklinikk, nytt ferdighetscenter, møtesenter, kantine og kontorer. Til 2020 skal det bygges et mellombygg i forbindelse med dagens operasjonsstuer for fremtidig utvikling av operasjonsavdelingen. Innen 2022 skal stordelen av bygningsmassen være rehabilitert.

Når mange arealkrevende funksjoner flytter ut i nytt hovedbygg åpnet det seg nye muligheter. Olaviken, Helse Bergen, Bergen kommune, Sjukehusapoteka Vest og VID vitenskapelige høyskole etablerer seg tettere på sykehuset. Samarbeidspartnerne har alle grensesnitt inn mot sykehusets virksomhetsområder slik at det kan utvikles nye samarbeidsformer og nye forløp på tvers av nivåer.

Strategiske valg i perioden 2018-2035

- Vi ønsker å videreutvikle det akutte indremedisinske tilbudet
- Vi mener det er fornuftig å fortsette med akuttkirurgi, men da med en spissing av tilbudet
- Vi skal videreutvikle det elektive kirurgiske tilbudet innenfor utvalgte områder
- Vi skal fortsette med lindrende behandling i samarbeid med kommunene og Helse Bergen
- Vi skal utvikle det geriatrisketilbudet og sammen med samarbeidspartnere skape en tydelig satsing på den eldre pasienten.

«Vi skal være fremoverlente, innovative og stå i spissen for bruk av ny teknologi. Samtidig skal våre ideelle tradisjoner og verdier alltid ligge til grunn for utviklingen».

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1. Bakgrunn og historikk	5
2. Dagens situasjon ved HDS	6
3. Overordnede strategier og føringer	22
4. Utviklingstrekk og framskriving	27
5. Analyse og strategiske valg.....	32
6. Mål, tiltak og organisering	45

1. Bakgrunn og historikk

Historikk om Haraldsplass Diakonale Sykehus

100 år i tjeneste for samfunnet

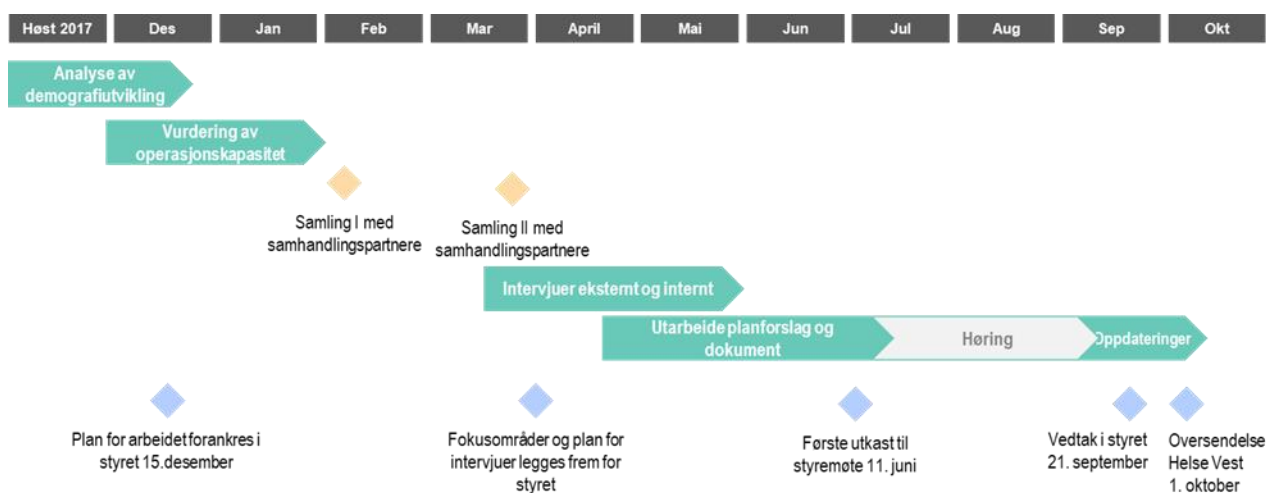
Før oppbyggingen av den moderne velferdsstaten, var ideelle pionerorganisasjoner viktige i opprettelse og drift av helse, velferd og omsorgstjenester til befolkningen. I takt med sosiale, økonomiske og velferdsmessig utvikling har Haraldsplass i mer enn 100 år drevet med helse, velferd og omsorgstjenester til befolkningen. Fra 1907 drev diakonisser en kirurgisk klinikk i Bergen, og i 1918 ble Haraldsplass stiftet som en diakonal institusjon og første elev fikk sin utdanning i praktisk og teoretisk sykepleie.

Arbeidet med utviklingsplanen

Som et ledd i gjennomføringen av Nasjonal helse- og sykehusplan har HDS utarbeidet en utviklingsplan for sin virksomhet frem til 2035, på linje med de offentlige helseforetakene. I denne planen skal vi beskrive nåsituasjonen, og skildre hva vi på Haraldsplass vil fokusere på de neste 17 årene.

Arbeidet med utviklingsplanen har tatt utgangspunkt i sykehusets strategiplan for perioden 2015 -2020. Innspill og retning for den videre utviklingen av sykehuset er forankret i sykehusets styre. Arbeidet med planen er gjennomført i linjeorganisasjonen. Ledelsen ved sykehuset har gitt retning til arbeidet, ved at innspill og forankring har skjedd gjennom de etablerte foraene på sykehuset, som forum for tillitsvalgte, brukerutvalgsmøter med flere. Det har i tillegg blitt gjennomført en digital spørreundersøkelse rettet mot avdelingsledere, seksjonsledere, tillitsvalgte og verneombud, samt et arbeidsmøte og enkelte intervjuer. Det er innhentet innspill fra kommuner, utdanningsinstitusjoner og andre eksterne aktører gjennom egne samlinger og intervjuer.

Utviklingsplanens innhold og struktur er i hovedsak lagt nært opp til den nasjonale veilederen for arbeid med utviklingsplaner.



Figur 1 - Overordnet tidslinje for arbeidet med utviklingsplanen

2. Dagens situasjon ved HDS

Haraldsplass Diakonale Sykehus er lokalsykehus for 145.000 innbyggere i Bergen, Nordhordland, Samnanger og Gulen kommune. Sykehuset tar imot indremedisinske øyeblikkelig hjelp-pasienter fra disse områdene, i tillegg har vi tilbud innen geriatri for hele Helse Bergen området. Sunniva senter for lindrende behandling sin sengepost har regionfunksjon for Helse vest. Den kirurgiske virksomheten består av planlagte operasjoner innen ulike kirurgiske områder. I tillegg er det inngått avtale med Haukeland universitetssykehus om fordeling av kirurgiske øyeblikkelig hjelp-pasienter mellom de to sykehusene.

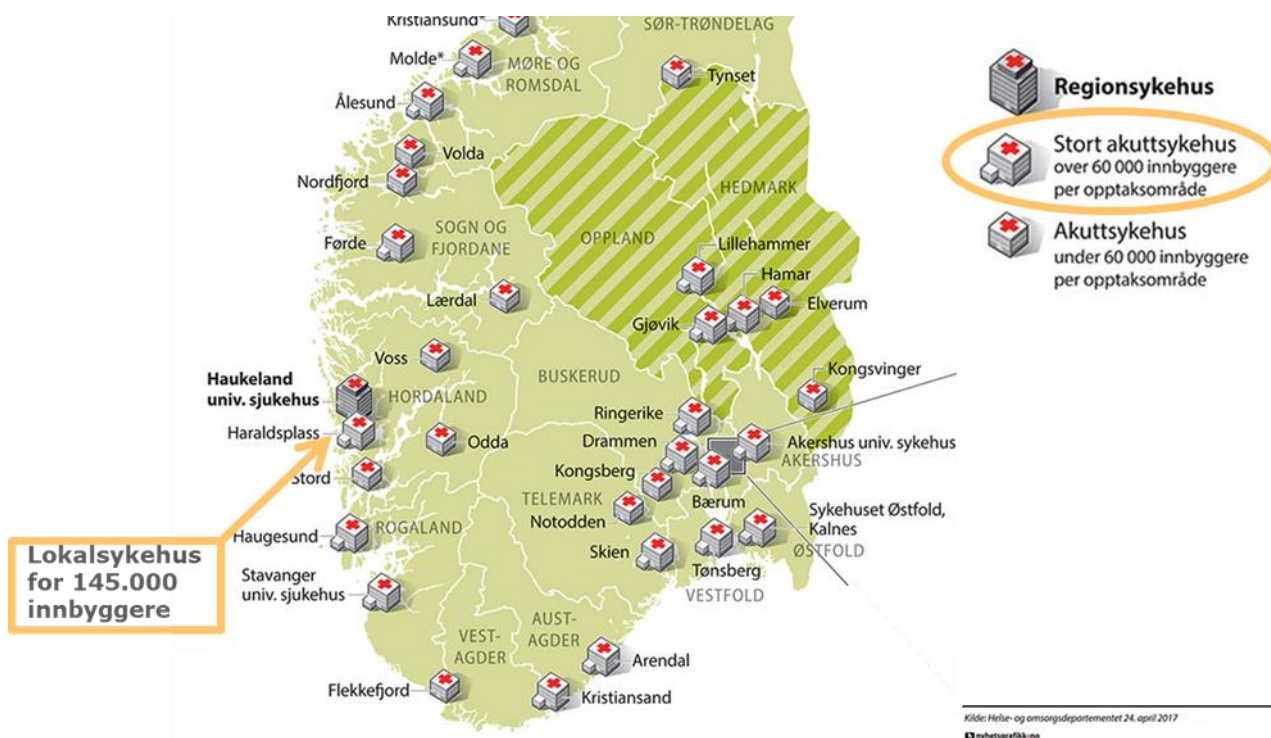
Haraldsplass Diakonale Sykehus er et privat ideelt sykehus med fagfolk som utviser kompetanse og hjertevarme. Vi er et lokalsykehus innen indremedisin for innbyggerne i Nordhordland og en tredjedel av Bergens befolkning. Vi tilbyr også fritt behandlingsvalg for hele Norges befolkning, og er spesielt dyktige på avansert kne-, skulder- og protesekirurgi, urologi, tykktarmskreft og brokk. Haraldsplass er dessuten anerkjent for vårt tilbud innen geriatri og palliasjon.

Vårt største fortrinn er vår størrelse – vi er ikke for store, og ikke for små. Kortere linjer, og en optimal miks av faggrupper/kompetanse gir oss gjennomføringskraft når vi skal videreutvikle behandlingstilbudet til beste for pasienten.

Økning i aktivitet

Det har vært en stor aktivitetsøkning ved Haraldsplass de siste årene, både innen øyeblikkelig hjelp innleggelser og poliklinisk dag- og døgnbehandling.

- I 2017 var det 45 000 pasientkontakter; poliklinisk-, dag- eller døgnbehandling.
- Økning i pasientkontakter er på 25 prosent fra 2012.
- Vi utførte 4 600 kirurgiske inngrep.
- Av 15.000 sykehusopphold (døgn -og dagbehandling) var 10.000 øyeblikkelig hjelp innleggelser



Figur 2 - Haraldsplass er definert som et stort akuttisyekehus i nasjonal sammenheng. Haraldsplass er et stort akuttisyekehus i Norge, jamfør definisjonen i Nasjonal helse- og sykehusplan.

I september 2018 tar sykehuset i bruk et moderne innovativt sengebygg på 14 200 kvadratmeter. Samtidig starter rehabilitering av eksisterende bygningsmasse, hvor det skal rehabiliteres lokaler til blant annet poliklinikker, samt at det skal bygges et mellombygg i forbindelse med dagens operasjonsstuer for fremtidig utvikling av operasjonsavdelingen. Også for de rehabiliterte arealene vektlegges det å legge til rette for å ta i bruk nye arbeidsmetoder, teknologi, og legge til rette for pasientmedvirkning i behandlingen.

Medisinsk klinikk er organisert med et eget akuttmottak med observasjonspost, overvåkingsavdeling (MIPO), samt 4 sengeavdelinger. Blant disse er en geriatrisk avdeling med tilbud til pasienter i hele Hordaland og regionfunksjon i lindrende behandling gjennom Sunniva senter. Klinikken har poliklinisk virksomhet innen fordøyelsessykdommer, hjerte- og lungesykdommer, hormon- og nyresykdommer, geriatri og lindrende behandling. Klinikken har i dag 350 ansatte.

Kirurgisk klinikk gjennomfører elektiv- og akutt- kirurgi innen bløtdelskirurgi og ortopedi. Innen bløtdelskirurgi har vi operasjoner og behandlinger innen gastroenterologi, urologi og generell kirurgi. Vi utmerker oss blant annet innen tykktarmsoperasjoner og store brokkoperasjoner. Vi har ortopedisk tilbud innen skulder, kne, ankel/fot og protesekirurgi i kne og hoftelend. Over flere år har det vært en stor økning av henvisninger. Blant annet innen skulder, kne og ankel. Klinikken er organisert med en operasjonsavdeling, en dagkirurgisk enhet, poliklinikker, døgnavdeling avdeling i tillegg til avdeling for legetjenester Kirurgi og avdeling for ortopedi. . Klinikken utførte 4 639 operasjoner i 2017 og har 190 stillinger.

Klinikk for medisinsk diagnostikk og fellestjenester organiserer støttetjenestene som kreves sykehuset: laboratorium, røntgenavdeling, rehabilitering, prest samt støttetjenester som merkantil, teknisk infrastruktur, medisinsk teknikk, renhold, logistikk, kjøkken, kantine og avdeling for frivillige. Klinikken har rundt 300 ansatte og 50 frivillige.

Sengereduksjon på tross av økning i aktivitet

Siden 2013 har kirurgisk avdeling redusert sengeantallet fra 66 til 40. Årsaken til dette er først og fremst en kraftig reduksjon i liggetid som følge av mer effektive forløp og endring i operasjonsmetoder. De fleste pasientene kommer i dag til sykehuset samme dag som operasjon, mens de tidligere kom kvelden før.

Innen indremedisin har overlege i akuttmottak, direktelinje til overlegen for fastlegen, bedre pasientflyt med mer redusert liggetid og medført at vi har holdt sengeantallet stabilt på tross av kraftig økning i pasienter. Vi ser ikke for oss at det er mulig å absorbere den forventede økningen i indremedisinske innleggelses uten å øke antallet indremedisinske senger i årene som kommer og planlegger for dette. Innen kirurgi ser vi ikke for oss å øke antallet senger da vi planlegger for stadig mer dagkirurgiske opphold samtidig som vi heller ikke planlegger å redusere antall senger på kirurgisk avdeling. Statsbygg sine framskrivinger for Haraldsplass gir en økning på 25 prosent i antall senger frem mot 2035, dette har sammenheng med vår pasientsammensetning og flere eldre i vårt pasientgrunnlag (145.000 i Bergen og Nord Hordaland)

I september 2018, etter innflyttingen i nytt sykehusbygg, er det planlagt at sykehuset skal ha 146 senger.

Tabell 1 - Utvikling i sengetall på Haraldsplass fra 2010 til 2018

År	Antall senger totalt ved HDS	Antall senger Medisin	Antall senger Kirurgi
2010	170	104	66
2011	170	104	66
2012	170	104	66
2013	170	104	66
2014	169	109	60
2015	156	106	50
2016	149	104	45
2017	149	104	45
2018 *	146	106	40

* Etter innflytting i nytt sykehusbygg september 2018

2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

Begrepet «pasientens helsetjeneste» er forklart i Nasjonal helse- og sykehusplan som en helsetjeneste som er til for pasientene, der alle blir møtt, sett og respektert. Pasientens kunnskap blir verdsatt og brukt sammen med fagkompetanse. I pasientens helsetjeneste er det én helsetjeneste der pasienten selv ikke merker hvem som eier, drifter eller betaler.

Den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen (PasOpp-undersøkelsen) bidrar til å gi god og sammenlignbar statistikk for sykehusene i Norge. Resultatene viser at pasienter ved HDS i stor grad er fornøyde med behandlingen de får. Sykehuset skårer bedre enn landsgjennomsnittet på de fleste nasjonale kvalitetsindikatorer. Samtidig melder pasientene om at kommunikasjon og samhandling med den kommunale pleie- og omsorgstjenester, og særlig informasjon om nye medikamenter bør bli bedre.

Som et ledd i faglig kvalitetsforbedring gjennomfører HDS også lokale brukererfaringsundersøkelser, hvor spørreskjema tilpasses de ulike avdelingene i samarbeid med personell og brukere. Lokale undersøkelser gir raskere svar og troverdige resultater. I disse undersøkelsene er pasientene alt i alt godt fornøyd med behandlingen ved sykehuset, særlig når det gjelder tillit til behandlernes faglige dyktighet og

kommunikasjon med pasientene. Resultatene av de lokale undersøkelsene viser også at HDS har et forbedringspotensial i forhold til informasjon og involvering.

Brukernes behov står sentralt i all kvalitetsutvikling ved sykehuset. HDS legger derfor vekt på brukermedvirkning i ulike prosjekt/utvalg som arbeider for å forbedre kvaliteten på sykehuset, og som hører til planleggingen av Nye HDS. Brukerutvalget er blant annet involvert i prosjekter knyttet til pasientsikkerhetsprogrammet, og er også representert i sykehuset sitt kvalitetsutvalg. Nytt fra 2018 er at en representant fra brukerutvalget deltar i styremøter som observatør med tale- og forslagsrett. Brukerutvalget er blant annet opptatt av å sikre helheten og kvaliteten i pasientforløpet, både i første- og andrelinjetjenesten. Utvalget understreker viktigheten av å ha fokus på å forbedre grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og pleie- og omsorgstjenesten i det pågående arbeidet med utviklingsplanen.

2.2 Pasientbehandling, pasientsikkerhet, kvalitet og opplæring

Haraldsplass har i perioden 2012 til 2018 gjennomført en lang rekke endringer som har gitt store forbedringer i pasientbehandlingen. Sykehuset leverer sykehustjenester helt i samsvar med bestillingen fra Helse Vest, og styringsmål gitt av helseministeren for 2018. Sykehuset har forbedret seg kraftig innenfor de fleste viktige nasjonale kvalitetsindikatorerne siden 2012, og har blant annet best 30- dagers overlevelse av norske sykehus i 2017, få pasientskader, få sykehusinfeksjoner, få korridorpasienter, lav bruk av bredspektret antibiotika og svært raske slagforløp. Tydelig forankring i ledelsen sammen med at de fleste forbedringsprosjektene har vært initiert i klinikkene, og i samarbeid med de tillitsvalgte, har bidratt til gode resultater.

Samtidig er det flere områder der vi som sykehus må bli bedre, og vi møter hele tiden nye utfordringer. Særlig gjelder dette ventetider og planlegging av timer for ulike polikliniske konsultasjoner, blant annet cardiologi og geriatri.

2.2.1 Særtrekk ved Haraldsplass: et stort akuttisykehus med volum på våre pasientgrupper

Haraldsplass skiller seg fra helseforetakene ved at vi kun tilbyr deler av det et helseforetak tilbyr. For eksempel har vi ikke barn, øye, gynekologi etc. Den største pasientgruppen ved sykehuset er akutte indremedisinske pasienter fra vår sektor på 145.000. Dette gjør at sykehuset er et stort akuttisykehus med en større andel akutte innleggelser enn de fleste sykehus. Pasientbehandlingen ved Haraldsplass skiller seg ut ved at vi særlig behandler det som eldre feiler I vårt lokalsykehusområde vil 70 prosent av akuttinnleggelsene hos de over 70 år komme til Haraldsplass. Mens for de under 70 år er det 50 prosent av akutte innleggelser som tas i mot på Haraldsplass. De resterende pasientene transporteres direkte til Haukeland Universitetssykehus.

Innen indremedisin har vi overleger med alle typer grenspesialiteter, samt geriatriisk kompetanse. De aller fleste pasienter som innlegges med indremedisinske tilstander fullfører sin behandling hos oss. Kun de med behov for regionsykehusfunksjoner overflyttes til Haukeland Universitetssykehus. Nærheten til regionsykehuset en stor fordel.

Innenfor planlagt kirurgi har vi i samarbeid med Helse Bergen og Helse Vest fordelt hvilke områder vi skal satse på. For eksempel operer vi hovedsakelig godartet prostata, mens Haukeland opererer prostatakraft. Dette gjør at vi får et stort volum på de operasjonene vi tilbyr. Sykehuset har avtale med Helse Bergen om

fordeling av øyeblikkelig hjelp-pasienter innen kirurgi og ortopedi. Hensikten med avtalen er å sikre at pasientene kommer raskest mulig til undersøkelse og behandling, og får en best mulig utnyttelse av de samlede ressursene i helsetjenesten.

Akutte Pasientene rutes direkte til det aktuelle sykehus via en felles AMK-sentral. Dette skjer på bakgrunn av pasientens adresse, noe som gjør det enkelt for AMK å bestemme hvilket sykehus pasienten skal til. Kombinasjonen av indremedisin, kirurgi og geriatri gjør at vi behandler store pasientgrupper for det som folk flest feiler og som særlig feiler eldre pasienter. Sammensetningen av pasienter gjør at vi har mange fellestrekk med Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus i Oslo, som er ganske likt organisert, og som også har sektoransvar.

2.2.2 Pasientsikkerhet

Svært god sikkerhet for pasientene i behandlingen er et hovedmål for sykehuset. Haraldsplass har siden 2012 gjennomført systematiske pasientsikkerhetsvisitter på alle poster og i alle fagmiljø, der administrerende direktør og fagdirektør har møtt medarbeidere i kliniske stillinger. Dette har vært en viktig arena for å få fram viktig informasjon til toppledelsen, som ikke nødvendigvis kommer frem på andre måter. Visittene har initiert en lang rekke forbedringstiltak. Systematisk informasjon om pasientsikkerhet både fra ansatte til ledelsen og informasjon om resultater og analyser fra ledelsen til ansatte er avgjørende for å få til endringer. Et eksempel er forbedringstavler på sengeposter og poliklinikk der avdelingsleder diskuterer ulike utfordringer for pasientsikkerhet og analyser av dette med de som er tilstede på avdelingen, både sykepleiere, leger og andre grupper.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» går parallelt med det regionale «Program for pasienttryggleik i Helse Vest». Målet med begge programmene er å redusere pasientskader, bygge varige systemer og struktur for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Pasientsikkerhet handler om det arbeidet helsepersonell utfører daglig i sykehuset. Haraldsplass har høy aktivitet innen pasientsikkerhetsarbeid og gjennom metoden kontinuerlig forbedring arbeider sykehuset med å redusere pasientskader og bygge varige strukturer for pasientsikkerhet Haraldsplass deltar aktivt innen pasientsikkerhet gjennom 11 innsatsområder:

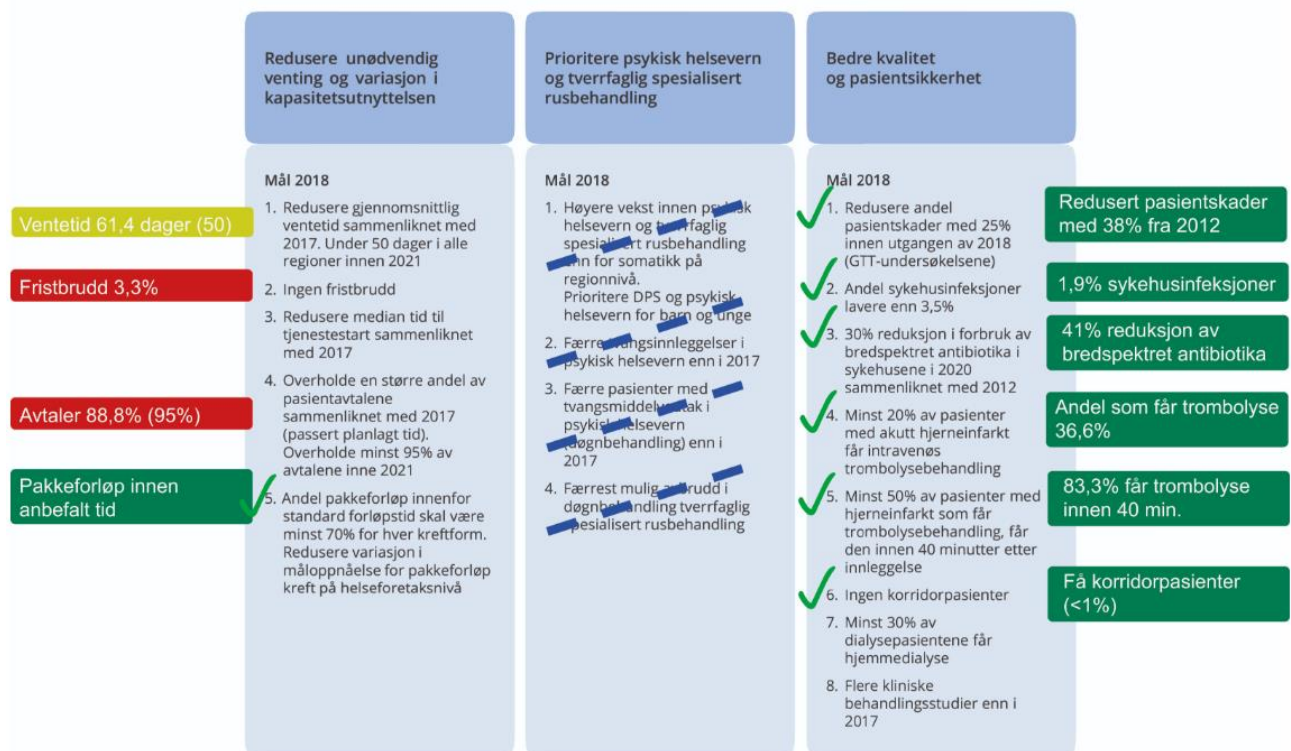
- | | |
|---|--|
| 1. TRYGG KIRURGI OG FOREBYGGING AV POSTOPERATIVE SÅRINFEKSJONER | 6. FALLFOREBYGGING |
| 2. LEGEMIDDELSIKKERHET / SAMSTEMMING AV LEGEMIDDELLISTER | 7. TRYKKSÅRFOREBYGGING |
| 3. BEHANDLING AV HJERNESLAG | 8. TIDLIG OPPDAGELSE AV FORVERRET TILSTAND |
| 4. KATETERRELATERTE URINVEISINFEKSJONER | 9. FOREBYGGING OG BEHANDLING AV UNDERERNÆRING |
| 5. FOREBYGGE INFEKSJON VED SENTRALT VENEKATETER | 10. HÅNDHYGIENE |
| | 11. LEDELSE AV PASIENTSIKKERHET, PASIENTSIKKERHETSVISITTER |

Kunnskap om metode, kontinuerlig forbedring, blant ledere og medarbeidere og hvordan en kan påvirke til endring er viktig for å oppnå bedre pasientsikkerhet. Sykehuset prioriterer at medarbeidere og ledere får delta på kurs og utdanningstilbud som tilbys både fra det nasjonale og det regionale programmet.

2.2.3 Kvalitet

Informasjon om ventetider og kvalitetsdata ved HDS publiseres på nettstedet www.helsenorge.no. Resultatene ved HDS kan der sammenlignes med alle sykehus i Norge. Tallene viser at sykehuset har forbedret seg kraftig innenfor de fleste viktige indikatorene siden 2012 da vi startet opp systematisk forbedringsarbeid. Haraldsplass er helt i toppskiktet blant norske sykehus på en rekke områder. Et overordnet mål i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er å redusere pasientskader med 25 prosent fra 2012 innen utgangen av 2018. Haraldsplass er et av sykehusene som har redusert pasientskader mest med en reduksjon på 38 prosent siden 2012. (Målt ved journalgjennomgang og Global trigger tool). Gjennomgang av 240 journaler i året viser ingen alvorlige skader på pasientene de siste årene og 8,5% pasientskader mot et nasjonalt gjennomsnitt på 13,9%.

Sykehuset har også redusert bruken av antibiotika vesentlig. Det nasjonale målet om 30 prosent reduksjon i bruk av fem definerte grupper bredspektrert antibiotika er nådd. Sykehuset har fra 2012 til 2017 redusert forbruket med 41 prosent. Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotika i spesialisthelsetjenesten (KAS) reviderte bruken av antibiotika ved sykehuset i desember 2017. Konklusjon i revisjonen var at sykehuset er blant de aller beste i landet når det gjelder å begrense bruk av bredspektrert antibiotika. Det er likevel potensial for forbedringer gjennom ytterligere forankring og gjennomføring av flere tiltak internt i sykehuset.



Figur 1: Styringsmål fra Helsedepartementet for 2018 og status ved Haraldsplass ved utgangen av 2017

Tross høy alder og sammensatt sykdomsbilde fikk hele 33 % av slagpasientene ved sykehuset trombolyse i siste tertial 2017. Dette er den høyeste trombolyseandelen blant norske helseforetak. HDS har over tid vært et av Norges aller raskeste sykehus på å gi trombolysebehandling. Median trombolysetid ved HDS var for alle 55 trombolysepasienter i 2017, 22 minutter. Standardisert pasientforløp, og månedlig trening mer

enn halverte trombolyssetiden i 2015. HDS har i dag gode rutiner for å følge opp pakkeforløp på slag og skiller seg i 2018 ut med at 100 % av pasientene får CT innen 15 minutter.

Høsten 2017 etablerte Haraldsplass tverrfaglige vurderingspoliklinikker for pasienter med skulder- og knelidelser. Den tverrfaglige tilnærmingen gir en rask avklaring av videre forløp og ventetiden for skulderpasienter er dramatisk redusert fra 9 måneder til 3 uker. Med en tverrfaglig tilnærming, kan en gruppe av behandlere på vurderingspoliklinikken se 30-45 pasienter i løpet av en dag. Et fåtall av pasientene blir operert, mens de fleste pasientene blir instruert av fysioterapeut i øvelser for selv å bedre sin funksjon og egenmestring. Dette tilbudet blir gitt til pasienten samme dag som de får en vurdering av ortopedien.

2.2.4 Opplæring av pasienter

Pasient- og pårørendeopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. Sykehuset tilbyr tilrettelagt opplæring ved behov for diagnosespesifikk informasjon, undervisning eller veiledning. Lærings- og mestringssenteret er organisert sammen med Helse Bergen, og har som mål å gi pasienter og pårørende økt kunnskap om egen sykdom og økt innsikt i egen situasjon. Lærings- og mestringssenteret tilbyr tilrettede kurs for pasienter med kroniske sykdommer og deres pårørende og for helsepersonell.

Vår erfaring er at god informasjon får direkte positiv innvirkning på behandlingsresultatene. For eksempel innen vårt standardiserte hofteproteseforløp, der Haraldsplass har færrest reoperasjoner i Norge både etter 2 og 10 år. Systematisk informasjon, med både gruppe og individuell undervisning til både pasient og pårørende, mener vi er en viktig forklaring på disse resultatene.

I tidligere nevnte vurderingspoliklinikk for skulder- og knepasienter er tidlig instruksjon med fysioterapeut en stor forbedring da pasientene i dag ofte må vente i måneder før de slipper til hos offentlig finansiert fysioterapeut. Dette resulterer oftest i en unødvendig forlenget sykemeldingsperiode.

2.3 Sammenheng i tjenestene

Helhetlig pasientbehandling har et tydelig innhold som pasienten skal kjenne seg igjen i. Det betyr å se hele pasienten og hele forløpet samlet. Pasienten er vår første prioritet, men der det er naturlig er pårørende også en viktig ressurs. Vi forventer at våre spesialister skal også er gode generalister. Det skal skapes en sømløs, forutsigbar og enhetlig opplevelse for pasienten, på tvers av faggrupper og stadier i forløpet. Vi jobber for at pasienten skal få relevant og korrekt informasjon, som er lik i all kommunikasjon med pasienten. Alle involverte rundt pasienten spiller på lag og tar hensyn til at de er en del av forløpet.

Fastlegene er en viktig ressurs i behandlingsforløpene, og vi jobber derfor for god flyt av informasjon og godt faglig samarbeid med fastlegene. I 2014 innførte sykehuset direkte konferansetelefon for våre fastleger til overlege i mottak. Slik er overlegen i mottak mer tilgjengelig enn tidligere og vi ser at unødvendige innleggelses spares og pasientene får mer korrekt behandling. For eksempel vil pasientene gjennom dette ofte kunne håndteres poliklinisk istedenfor å legges inn. Dette er et godt eksempel på at «low tech» løsninger kan løse utfordringer i samspillet mellom nivåene.

Haraldsplass arrangerer to årlige møter med fastlegene. Møtene har vært godt besøkt både av sykehusleger og fastleger. PKO-ene (praksiskonsulenter som har en deltidsstilling) ved Haraldsplass er en nøkkelressurs som styrker samarbeidet mellom sykehuset, fastlegene og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

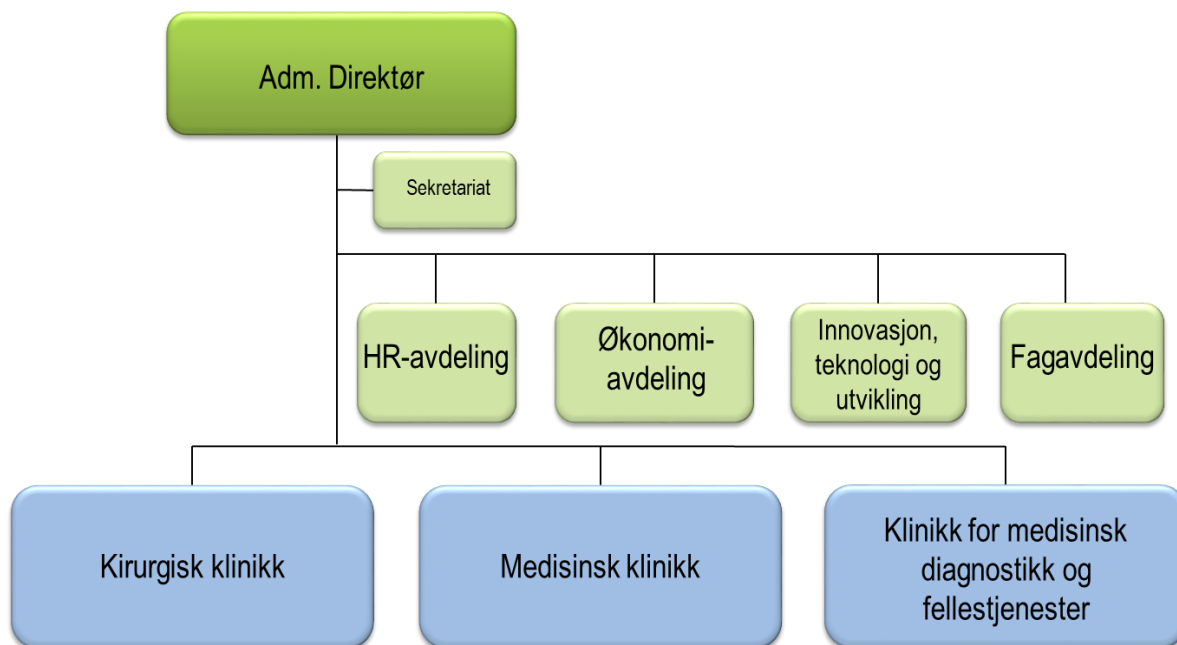
Samhandlingsreformen har gitt økt fokus på sammenheng i tjenestene. Haraldsplass har blant annet fokusert på å lage gode overføringer mellom sykehus og kommune. Et viktig tiltak har vært egne samhandlingssykepleiere på postene som har sikret at informasjonen i meldingene til kommunen blir best mulig. God kommunikasjon med kommunen rundt den enkelte pasient er avgjørende for behandlingsresultatet.

Haraldsplass Diakonale Sykehus og Helse Bergen har sammen med de 24 kommunene i opptaksområdet utarbeidet et felles grunnlag for samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Samarbeidet er basert på likeverd mellom partene, avtaleverk og samhandlingsstruktur. Det er opprettet topplederforum, fire overordna samarbeidsutvalg og flere underutvalg. HDS arrangerte topplederforum i 2018 der tema var samhandling rundt den eldre pasienten. Det blir utarbeidet årlige handlingsplaner med konkrete innsatsområder og tiltak.

Haraldsplass har et godt samarbeid med avtalespesialister og private klinikker på utvalgte områder, for å sikre pasientene høyest mulig kvalitet og kortest mulig ventetid.

2.4 Organisering og ledelse

Haraldsplass Diakonale Sykehus er organisert i tre klinikker med ulike avdelinger. Klinikkerne rapporterer til administrerende direktør. Fagavdeling, personal- og organisasjonsavdeling, økonomiavdeling og innovasjon, teknologi og utviklingsavdelingen er organisert i stab, og rapporterer til administrerende direktør.



Figur 3 - Organisasjonskart

Organiseringen av sykehuset skal støtte opp under vårt fokus på helhetlig pasientbehandling.

Lederstrukturen på sykehuset er basert på korte beslutningslinjer, og samtlige ledere på sykehuset møtes jevnlig, og er sentrale ressurser i drift og utvikling av sykehuset. Sykehuset har utviklet mange dyktige ledere som er en sentral forutsetning for de gode resultatene vi har skapt. Alle ledere på sykehuset skal utøve rollen sin etter følgende prinsipper; helhetstenkende, åpen, modig og gjennomføringssterk. En viktig lederoppgave er å legge til rette for samhandling og utvikling mellom de ulike fagområder og avdelinger.

Sykehuset har en fast samhandlingsstruktur med våre tillitsvalgte og vernetjenesten. Som et eksempel gjennomføres det månedlige møter mellom avdelingsleder, verneombud og tillitsvalgt på hver avdeling.

Vi tilstreber å være transparent og åpen i vår kommunikasjon og informasjon til de ansatte. I en organisasjon med turnusarbeid er det utfordrende å nå alle. Vi benytter ulike kanaler og arenaer som allmøter, avdelingsmøter, intranett og sosiale medier.

Den nasjonale undersøkelsen ForBedring ble gjennomført blant alle ansatte i sykehusene på Vestlandet i februar og mars 2018. Undersøkelsen kartlegger ulike sider ved arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og HMS. Overordnet viser svarene gode resultater. De ansatte trives godt og har et høyt engasjement. Samtidig kan områder som arbeidsbelastning, ressurser og det fysiske arbeidsmiljøet være utfordrende for noen. Resultat av undersøkelsen blir fulgt tett opp i hele organisasjonen og gjennom linjeledelsen, i samarbeid med nærværgruppa som består av leder, lokal tillitsvalgt, verneombud og fagressurser.

2.5 Bemanning og utdanning

Sykehuset har 993 ansatte fordelt på 740 årsverk. Den største yrkesgruppen er sykepleiere, og deretter leger. 79 prosent av medarbeiderne er kvinner og 34 prosent er over 50 år. Generelt er det god rekruttering til stillinger ved sykehuset.

Sykehuset etablerte i 2017 eget bemanningscenter med målsetting om å ansette sykepleiere i 100 prosent stilling for arbeid på flere avdelinger. Dette for i minst mulig grad å bruke bemanningsbyrå og redusere bruken av tilkallingsvikarer og reduserte stillinger. Den videre planen med senteret er å utvide til flere yrkesgrupper på sikt. I tillegg er sykehusets traineestillinger for sykepleiere organisert av bemanningscenteret.

Sykehuset har ansvar for utdanning av legespesialister innen indremedisin, ortopedi, urologi og gastrokirurgi og anestesi. Utdanningsstillingene utgjør en stor del av legeårsverkene. Ny ordning for legespesialisering, der spesialiseringen deles opp i tre deler LIS 1,2 og 3 gir klare rammer for utdanningen framover. Haraldsplass planlegger å utdanne leger også innen mottaksmedisin. Sykehuset samarbeider tett med Regionalt utdanningscenter for LIS i Helse Vest.

Sykehuset har med sin lokalsykehusprofil et stort volum av vanlige pasienter og er en viktig praksisarena for studenter. Haraldsplass samarbeider tett med en rekke utdanningsinstitusjoner, blant annet Universitetet i Bergen (UiB), VID vitenskapelige høyskole (VID) og Høgskolen på Vestlandet. Vi har ulike samarbeidsarenaer som skal sikre at utdanningene er tilpasset sykehusenes behov og at Haraldsplass er en god praksisarena.

2.6 Forskning og tjenesteinnovasjon

Forskning og tjenesteinnovasjon er nødvendig for å utvikle sykehuset og våre medarbeidere.

Vår pasientbehandling skal være forskningsbasert. Innføring av resultater fra ny forskning, både egen forskning og forskning utført av andre, hever kvaliteten på tjenestene våre. Forskning vil fortsette å være en viktig del av fremtiden på Haraldsplass, dette ble markert under grunnsteinsnedleggingen for vårt nye hovedbygg hvor to topprangerte forskningsartikler fra forskere ansatt ved sykehuset fikk plass i grunnsteinen.

Ved Haraldsplass publiseres det årlig mellom 30 og 40 artikler og det er de siste årene to til fire av våre medarbeidere som disputerer. Ansatte på sykehuset drifter hele tiden forskningsprosjekter hvor sykehusets pasientpopulasjon inkluderes. Sykehuset er i tillegg rekrutteringsarena i prosjekter initiert av forskere fra andre utdanningsinstitusjoner, helseforetak og forskningsinstitusjoner.

Ekstern finansiering av forskningsprosjekter er et kvalitetsstempel, og sykehuset har flere prosjekter som har oppnådd dette. Et eksempel på dette er prosjektet «Retur til idrett etter korsbåndkirurgi» ved Kirurgisk klinikk som i mars 2017 fikk strategiske forskningsmidler for tre år av Helse Vest. Målet med prosjektet er å kartlegge mulighetene for å gjenoppta idrettsaktivitet og funksjonsnivået for det opererte kneet over tid. Tildelingen har gitt sykehusets knemiljø muligheten til å opprette en tverrfaglig forskningsgruppe - Forskningsgruppe for Artroskopi og idrettstraumatologi (FAiT).

Prosjektet «The Road to Dementia» fikk i 2016 tildeling fra Nasjonalforeningen for folkehelse. Prosjektet har gitt Medisinsk klinikk mulighet til å ansette en stipendiat i fullfinansiert doktorgradsløp. I tillegg er

sykehuset partner i en stor tildeling fra Norges forskningsråd sammen med blant annet Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS). Prosjektet, LIVE@Home.path vil se på klinisk forløp for hjemmeboende personer med demens.

Innovasjon

Som et stort akutt sykehus med stort volum på de undersøkelser og behandlinger vi tilbyr er Haraldsplass et egnet sykehus for drive innovasjon. I revisjon av vår strategi i 2017 tok vi derfor inn «kultur for nyskaping» som en gjennomgående bærebjelke gjennom premissene for å nå vår strategi. I arbeidet med nytt sykehusbygg har tjenesteinnovasjon og bruk av ny teknologi hatt et sterkt fokus gjennom hele prosjektet. Gjennom dette arbeidet har vi hatt stor nytte av forslag som har kommet inn fra de ansatte.

Vårt fokus i innovasjonsarbeidet er å ha kort vei fra tanke til handling, og i noen tilfeller prøve ut nye ideer snarere enn å utrede alt for lenge. Gode evalueringer er viktig slik at vi er sikker på at initiativene gir bedring for pasientforløp og arbeidsflyt.

Eksempelvis har vi de siste årene lagt mye arbeid i nye driftsmodeller for døgnavdelinger som knytter sammen teknologi, bygg og arbeidsprosesser i en ny måte å drive døgnavdelinger på. Slik utnytter vi den muligheten som ligger i et nytt bygg med muligheter for ny teknologi.

Eksempler på teknologiinnovasjon og digitalisering:

- ✓ Vi går i front, og tar i bruk regionale løsninger for digitalisering av sykehusdriften gjennom løsninger som IMATIS. Vi tar i bruk nasjonale løsninger som og helsenorge.no
- ✓ Vi tar i bruk mobiltelefoner for all kommunikasjon internt i sykehuset, også sykesignaler fra pasientrom vil komme til ansvarlig pleier.
- ✓ Vi piloterer lettvekts-IT for Helse Vest, der informasjon fra de tunge kildesystemene sammenstilles for klinkerne der de trenger det, når de trenger det. Systemet skal digitalisere mye av dagens koordinering som i dag foregår på telefon, muntlig, callinger, papir osv. Dette gjelder eksempelvis: laboratoriesvar, røntgenbilder, portør, renhold, matbestillinger osv.
- ✓ Elektronisk legemiddeltralle
- ✓ I tillegg jobber vi med sammenstilling av den kliniske beslutningsstøtteinformasjonen slik at teknologien legger til rette for gode tverrfaglige møter der relevant informasjon er lett tilgjengelig.

Eksempler på tjenesteinnovasjon de siste årene:

- ✓ Fremskutt kompetanse i akutt mottak, der vi har flyttet overlegekompetanse til mottakssituasjonen. Slik oppnår vi både god kompetanse i akuttsituasjonen, bedre flyt i sykehuset, samt at fastlegene har en kanal for å konferere i forkant av eventuell innleggelse
- ✓ Vurderingspoliklinikk innenfor kne og skulderkirurgi, der flere yrkesgrupper bidrar til riktig behandlingsform og best mulig benyttelse av de samlede ressursene

2.7 Økonomi og bærekraft

Sykehusets finansieringsmodell siden innføring av helseforetaksmodellen i 2002 har bestått av årlige tildelinger til basisrammen fra Helse Vest.

Sykehuset har på grunn av den demografiske utviklingen i vår sektor og sammensetning av pasienter en høy vekst i antall pasienter som ikke er blitt finansiert på lik linje med helseforetakene, med modellen som var gjeldende inntil 2017

I 2017 ble Haraldsplass inkludert i arbeidet med inntektsfordelingen i Helse Vest og resultatet av dette er at fra og med budsjettåret 2019 vil utviklingen i sykehusets økonomiske rammer knyttes tettere opp mot utviklingen inntektsrammene i Helse Vest og Helse Bergen.

Sykehuset har over tid hatt samme eller lavere kostnadsindeks enn de andre sykehusene i Helse Vest. Haraldsplass har likevel i samme periode hatt relativt sett en lavere resultatmargin for sykehusets drift, og dette indikerer at sykehuset ikke har vært fullt finansiert for den aktivitet sykehuset har.

Sykehuset har frem mot 2017 og inn i 2018 arbeidet med en rekke omstillings- og inntektsbringende tiltak for å kunne møte fremtidens utfordringer og sikre en bærekraftig økonomi, Konkret har det vært arbeidet med effektiviseringstiltak, bedre arealutnyttelse, nye pasientforløp og rutiner, og økt fokus på bruk av operasjonskapasitet. Som et resultat av dette har sykehuset til tross for den økte aktiviteten de siste årene likevel redusert antall senger fra 170 i 2014 til 148 i 2018.

2.8 Teknologi og utstyr

I 2017 og 2018 ble det arbeidet med nye arbeidsprosesser og tilhørende teknologi, noe som vil gjøre sykehuset til et av de mest moderne sykehus i Norge ved innflytting i nytt hovedbygg høsten 2018. Blant annet har sykehuset investert i lettvekts-IKT som henter informasjon fra de tunge kildesystemene og gjør den tilgjengelig der klinikerne trenger det. Systemet vil også lette intern kommunikasjon og samhandling. Andre investeringer inkluderer utstyr som overfører vitale data rett inn i kurvesystemet, fullautomatisk senge- og madrassvaskemaskin og rørpost fra akuttmottak til laboratoriet.



Figur 4 - sykesignal vil gå rett til ansvarlig pleiers mobiltelefon i det nye bygget



Figur 5 - Ny teknologi sammenstiller informasjon fra flere kildesystemer i elektroniske tavler, og legger til rette for tverrfaglige tavlemøter for prioritering og deling av informasjon



Fra høsten 2018 innfører vi endosepakkede legemidler og en elektronisk legemiddeltralle. Vi innfører også ny arbeidsprosess for tillaging og utdeling av medisiner, der vi blant annet flytter dobbeltkontrollen fra medisinrommet til pasientrommet slik at pasienten kan delta. De nye legemiddeltrallene og elektronisk kurve legger til rette for denne arbeidsprosessen.

Dette er et eksempel på utstyr som er dyrere i innkjøp enn alternativet, men der gevinsten med datafangst direkte inn i IKT-systemene er stor for arbeidsprosesser og logistikk.

Sykehusets IKT-satsing har fokus på å gi helsepersonell klinisk informasjon der de oppholder seg og når de trenger det. Det betyr i praksis at informasjonen må være tilgjengelig i sann tid på mobile enheter. Ved å benytte teknologi som integrert del av sykehushverdagen kan klinikernes arbeidsprosesser forbedres. Vi har tro på at dette vil legge til rette for pasientinvolvering, økt pasientsikkerhet og i sin tur økt kvalitet i behandlingen.

Figur 6 - De nye elektroniske legemiddeltrallene som tas i bruk i 2018

Haraldsplass er fulldriftskunde hos Helse Vest IKT. Det betyr at Helse Vest IKT drifter all IKT infrastruktur og systemløsninger. Haraldsplass deltar i regionale prosesser knyttet til utvikling og forvaltning av de regionale teknologiløsningene. Hele regionen har det meste av kliniske og administrative systemer felles. I tillegg finnes en del fagsystemer der Haraldsplass har samme løsning som Helse Bergen. Helse Vest har en felles teknologiplan for IKT, medisinsk-teknisk utstyr, tele, signal og video, og Haraldsplass omfattes også av denne.

Flere store utviklingsprosjekter pågår i regionen, blant annet videreutvikling av den elektroniske kurveløsningen, ny generasjon av det elektroniske pasientjournalsystemet, nytt radiologisystem, og Alle Møter-programmet som skal legge til rette for bedre pasientdialog og intern samhandling.

2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter

Innflytting i nytt bygg på 14 200 kvadratmeter i 2018 markerer starten på et historisk løft for bygningsmassen på HDS, med flere nybygg og fullrehabilitering av gammel bygningsmasse. I perioden 2018-2022 vil vi ha reist to nybygg, samt rehabilitert store deler av eksisterende bygningsmasse.

Det opprinnelige sykehusbygget for Bergen diakonissehjem sto ferdig i 1940, og utgjør det som i dag betegnes som C-, D- og E -blokken. Siden da er sykehuset bygget ut i flere byggetrinn. Totalt utgjør dagens areal 21 771 m² fordelt på forskjellige bygg og blokker.

Av senere utbedringer kan det nevnes nytt MR-bygg på 2000-tallet, ny operasjonsstue i 2009, utvidelse av postoperativ kapasitet i 2014, samt utvidelse av støttearealer for sentraloperasjon i 2017.

I 2018 ble det nye hovedbygget med nye døgnavdelinger, nytt akuttmottak og ny hovedinngang reist. Det nye hovedbygget er en del av et omfattende utbyggings- og moderniseringsprogram for hele sykehuset kalt Nye Haraldsplass. Bygget utgjør 14 200 m² fordelt over fem etasjer, og erstatter tradisjonelle sykehuskorridorer med sengetun, åpne fellesarealer og effektiv logistikk. Prosjektet er miljøriktig, blant annet fordi fasadearealet er lite i forhold til bruttoarealet. Bygget rommer 170 nye sengeplasser, hvorav flertall på enerom, i tillegg til akuttmottak. Bygget tas i bruk høsten 2018, og i etterkant av dette skal en storstilt rehabilitering av eksisterende bygningsmasse igangsettes. Blant annet rehabiliteres dagens døgnavdelinger til poliklinikker og kontorer. I tillegg reises det et Mellombygg, som gir rom for fremtidig utvikling av operasjonsavdelingen.

Når mange arealkrevende funksjoner flytter ut i nytt hovedbygg åpnes det muligheter for å få andre aktører inn på tomten. Det er lagt mye energi i å få inn aktører som har grensesnitt inn mot sykehusets virksomhetsområder slik at det kan utvikles nye samarbeidsformer og nye forløp på tvers av nivåer. Det blir blant annet lagt til rette for en felles kantine og møtesenter for alle aktører på tomten for å skape et rom for samhandling. Vår forventning med dette er at det skal legges til rette for samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å utdanne fremtidens helsearbeidere, og legges til rette for tjenesteinnovasjon og sammenheng i tjenestene på tvers av nivåer.

En av de nye leietakerne som kommer inn, er Bergen Kommune, som fra 2019 vil leie areal i A- og B-blokken til sin mottaksavdeling for pasienter fra sykehus. Dette gir potensiale for å utvikle gode og sammenhengende forløp for de eldre pasientene med sammensatt sykdomsbilde. Olaviken leier allerede i dag lokaler på Haraldsplass, men vil etter ombyggingen få plassert sin polikliniske virksomhet i sammenheng med vår geriatriske poliklinikk, og i sammenheng med øvrige polikliniske arealer. I tillegg vil VID ta i bruk deler av eksisterende bygg til egne funksjoner, samt at store deler av 1. etasje i gammel bygningsmasse vil bli rehabilitert til fellesarealer, og et «hjerte» i samarbeidet mellom de to institusjonene. «Hjertet» inneholder blant annet kantine, møteromssenter, kirke og ferdighetssenter. Det blir også plass til et sykehusapotek i rehabilitert bygningsmasse, slik at det blir enklere for pasientene å skaffe de legemidlene de trenger å ha med seg hjem etter sykehusoppholdet.

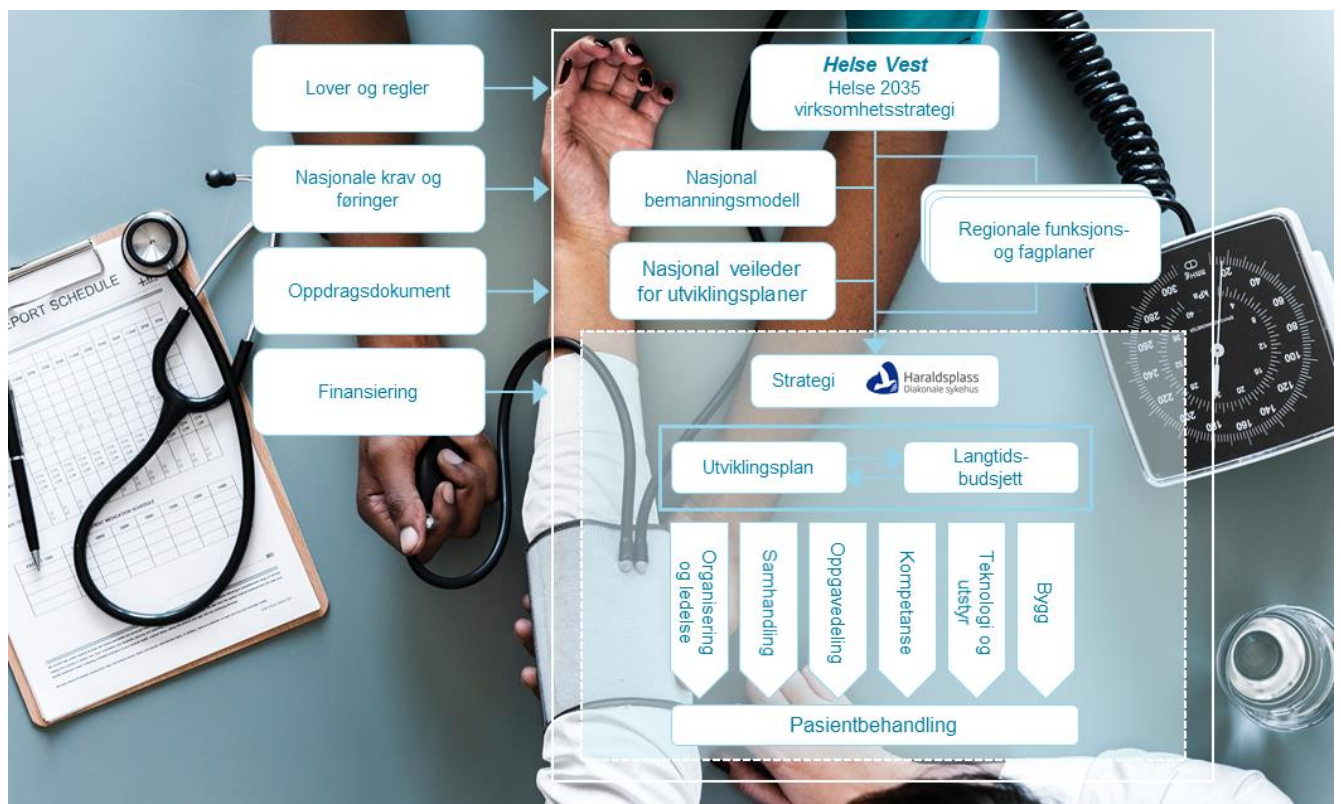
2.10 Klima, miljø, og samfunnsansvar

Sykehuset er miljøsertifisert etter ISO 14001:2015, og vi arbeider for kontinuerlig forbedring av vår miljøprestasjon. Miljøarbeidet ved sykehuset skal bidra til forebygging av helseproblem som kan komme av forurensninger. Haraldsplass har som overordnede miljømål å ha miljøbevisste medarbeidere, redusere miljøpåvirkning fra produkter, redusere utslipp av miljøskadelige stoffer og å redusere ressursforbruk der det er mulig. Ved åpning av nytt hovedbygg høsten 2018 forventes det at sykehuset vil ha mer energieffektiv drift. Bygget tilfredsstillende kravene til lavenergistandard, energimerket B.

HDS har over lengre tid samarbeidet med Nkhoma hospital i Malawi. I 2016 startet sykehuset et 3-årig prosjekt i samarbeid med Lovisenberg Diakonale sykehus om kompetansebygging innenfor lindrende behandling i Malawi i Afrika. Formålet med prosjektet er å bidra til kompetansebygging i Malawi og å gi helsepersonell i Norge bredere forståelse for helsevesenet i en annen del av verden. Prosjektet legger opp til besøk for og hospitering og undervisning mellom de to landene.

HDS samarbeider med Helsehjelp til papirløse, og tilbyr røntgen og laboratorietjenester til denne gruppe pasienter.

3. Overordnede strategier og føringer



3.1 Nasjonale og regionale føringer

Ansvaret knyttet til å yte spesialisthelsetjenester i Norge er i stor grad regulert gjennom lover, forskrifter, enkeltvedtak og andre nasjonale føringer. Haraldsplass får hvert år en bestilling fra Helse Vest RHF på lik linje med helseforetakene. Dokumentet inneholder en detaljert beskrivelse av oppdraget sykehuset skal jobbe etter. Også i strategiarbeidet tar vi utgangspunktet i Helse Vest sin strategi Helse2030

Formålet for vår eier, Haraldsplass Diakonale Stiftelse, er kristen omsorg for medmennesket, gjennom å fostre og utdanne til diakonal tjeneste for syke, nødlidende mennesker som eller trenger hjelp og omsorg samt å drive institusjoner som fremmer slik virksomhet. Dette er forankret i Stiftelsens grunnregler og strategidokument for perioden 2018 -2022.

Haraldsplass Diakonale sykehus er, på denne bakgrunn, en ideell virksomhet med det formål å være en tydelig verdibasert og fremtidsrettet samfunns aktør. Et overskudd generert fra virksomheten går tilbake til videre utvikling av sykehuset.

3.2 Visjon, verdier og strategiske hovedmål

Strategien til Haraldsplass gir en tydelig retning for utviklingen ved sykehuset, og gir dermed også føringer for utviklingsplanen. Visjon, overordnet retning og mål fra strategien ligger fast, men utvalgte områder fra strategien er evaluert og vurdert i kapittel 5.

Haraldsplass reviderte strategien i 2017, blant annet for å ta høyde for endringer i strategiperioden og sikre at vi tar i bruk mulighetene knyttet til Nye Haraldsplass og ny teknologi. Gjeldende strategi går ut i 2020, og en ny strategiprosess vil starte i 2019.

VISJON
 BIDRA TIL LIVSMESTRING,
 HELSE OG LINDRING FOR
 BÅDE PASIENTER OG
 PÅRØRENDE

VISJONEN I STRATEGIEN ER Å BIDRA TIL LIVSMESTRING, HELSE OG LINDRING, FOR PASIENTER OG PÅRØRENDE. DETTE UNDERBYGGES MED AT VI IKKE KAN GJØRE ALLE FRISKE, MEN AT VI SKAL BIDRA TIL Å GJØRE DET ENKLERE Å HÅNTERE LIVSSITUASJONEN TIL DEN ENKELTE. SAMTIDIG ER VÅRE PASIENTER ALLTID VÅR FØRSTEPRIORITET.

Våre kjerneverdier gjenspeiler sykehusets diakonale fundament. Vårt sykehus skal preges av verdier som respekt for menneskeverdet, omsorg for hele mennesket og skal gi et godt helsetilbud til våre pasienter.

- respektfull
- kompetent
- medmenneskelig
- samhandlende



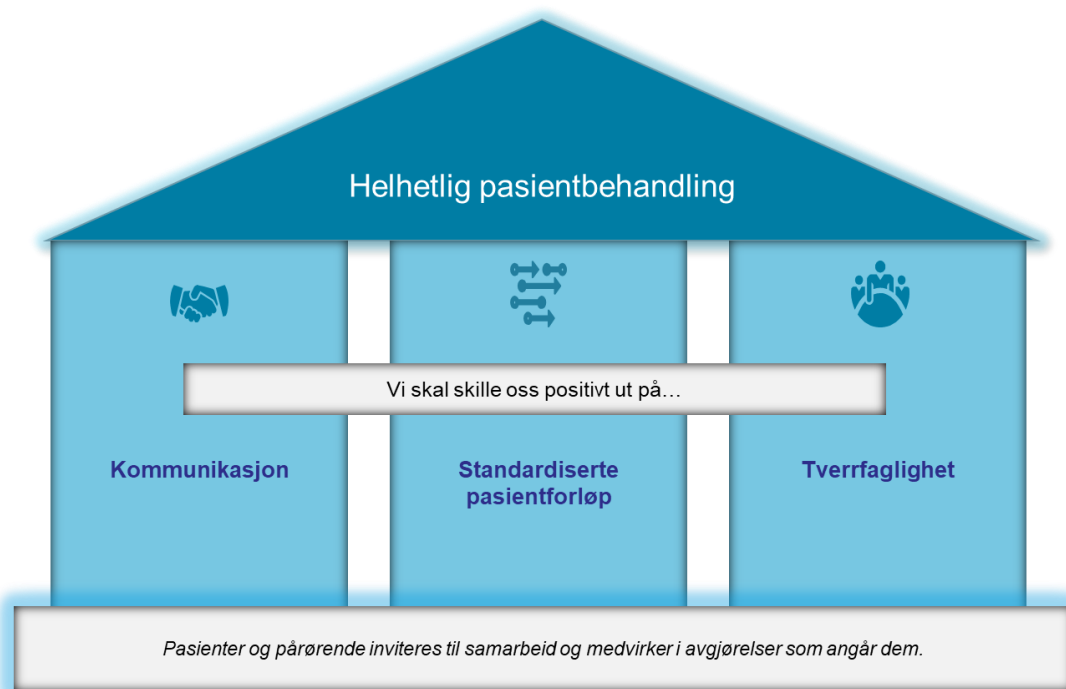
Våre verdier gjenspeiler vårt diakonale fundament

Figur 7 - Sykehusets kjerneverdier

Strategien til Haraldsplass Diakonale Sykehus for perioden 2015-2020 har følgende hovedmål

> ***Bli ledende på helhetlig pasientbehandling***

Haraldsplass skal være ledende på helhetlig og tverrfaglig pasientbehandling. Med det mener vi at vi skal se hele pasienten og hele forløpet samlet. Vi skal skape en sømløs, forutsigbar og enhetlig opplevelse for pasientene. Vi legger spesiell vekt på kommunikasjon med pasient og pårørende. Det skal skje på tvers av faggrupper og stadier i forløpet, og i samråd med pasienten. Vi skal gi relevant og korrekt informasjon, og spille på lag med andre involverte rundt pasienten og i pasientforløpet.



Figur 8 - Figur fra sykehusets strategi: Helhetlig pasientbehandling

Haraldsplass skal bli ledende på helhetlig pasientbehandling ved å skille oss positivt ut på kommunikasjon, standardiserte pasientforløp, og tverrfaglighet.

Haraldsplass setter pasienten i sentrum. Det betyr

- > at vi lytter til og ser på pasienten når vi kommuniserer
- > at pasient og pårørende medvirker i beslutninger som angår pasienten
- > at vi sikrer kommunikasjon begge veier
- > at vi mobiliserer pasientens egne ressurser ved å
 - gjøre pasienten i stand til å gjøre mest mulig selv
 - sette tydelige forventninger til pasienten
 - bruke pårørende som en ressurs når pasienten ønsker det

Vi ska sikre god kommunikasjonen med primærhelsetjenesten og fastlegene vedrørende pasienten og dens behov. Dette skal også være tydelig i pasientforløpene som utarbeides.

3.3 Kliniske fokusområder

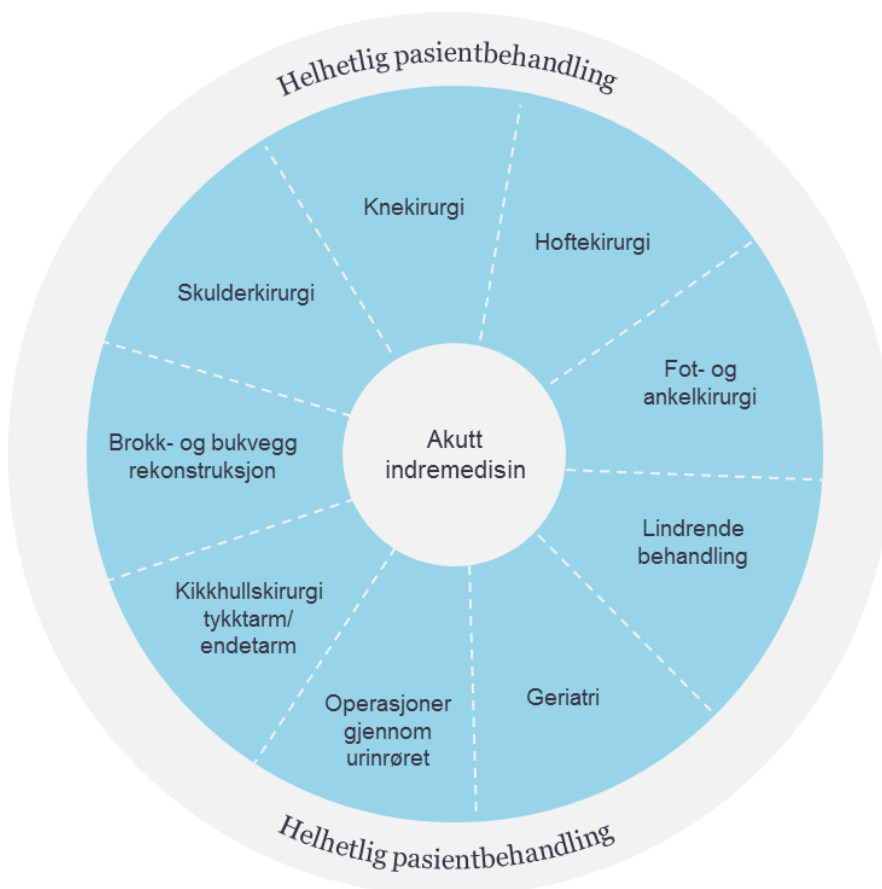
Som en del av vår strategiprosess har vi valgt ut noen konkrete kliniske fokusområder for å definere tydelig hvilke fagområder vi satser på. Vårt utgangspunkt er at dette skal være bærekraftige kompetansemiljøer som leverer behandlingstilbud i tråd med god forskning og pasientenes behov.

Det at vi fokuserer på et område betyr at vi ønsker å være anerkjent i fagmiljøet, foretrukket blant pasienter og de som henviser, og få gode resultater på objektive mål og nasjonale kvalitetsindikatorer.

For å oppnå målene knyttet til de kliniske fokusområdene skal vi

- > tiltrekke oss og beholde rett kompetanse for å sikre bærekraftige fagmiljøer
- > skape interesse for fagområdene
- > ha oppdatert og moderne utstyr
- > prioritere fagområdene internt på sykehuset, og dedikere tid og ressurser til utvikling og forskning
- > samarbeide med andre ledende fagmiljøer på samme område

Samtidig skal vårt hovedmål om helhetlig pasientbehandling kjennetegne all aktivitet på sykehuset, uavhengig av hvilket fagområde det gjelder. Det betyr at våre støttetjenester skal bygge opp under disse kliniske fagområdene og helhetlig pasientbehandling.



Figur 9: Illustrasjon av hovedmål og de ti utvalgte kliniske fokusområdene for Haraldsplass

3.4 Premisser for å nå vår visjon og retning

Vi skal jobbe strukturert og målrettet med fem premisser for å oppnå vår visjon og retning:

- Klinisk forskning
- Kompetanse og utdanning
- Samarbeid med partnere og interessenter
- Bærekraftighet
- Arbeidsmiljø og prosesser

Kultur for nytenking skal være gjennomgående i arbeidet med premissene, og i hele organisasjonen.



Figur 10 - Figur fra sykehusets strategi: premisser for å nå vår visjon og retning

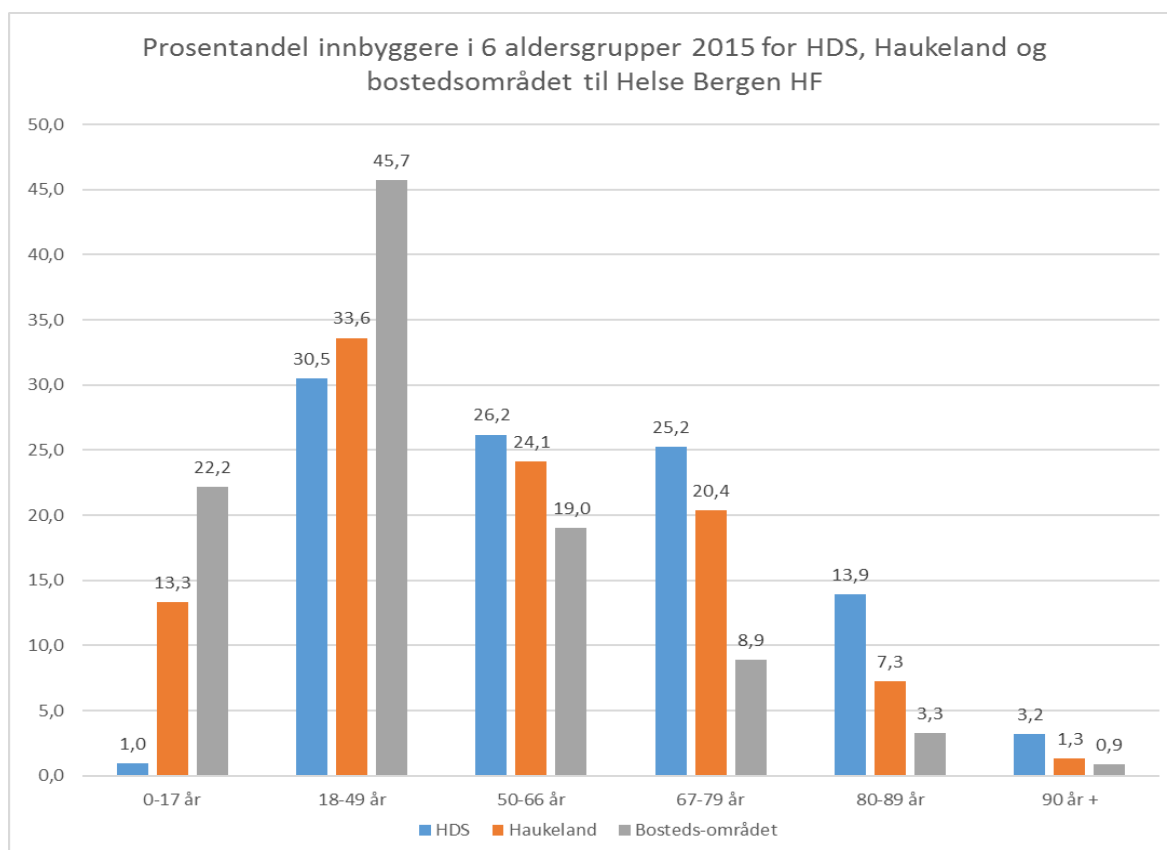
4. Utviklingstrekk og framskriving

Helsetjenesten er i endring. Befolkningsveksten vil fortsette, vi lever lenger og det blir flere eldre, Medisinskfaglig og teknologisk utvikling gjør det mulig å behandle stadig flere sykdommer og lidelser. Behandlingsmulighetene øker, det gjør også kostnadene uten at overføringer og rammer vil vokse tilsvarende. Utfordringen med å prioritere hva som er viktigst i helsetjenesten blir derfor stadig større. Vi forventer mer av helsetjenesten men vil også bidra mer selv i å forebygge og mestre sykdom. Pasientene skal medvirke i utforming av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre mulighet til å mestre eget liv.

4.1 Demografi og sykdomsutvikling

Sykehusbygg HF utførte høsten 2017 en analyse av aktivitets- og kapasitetsutviklingen knyttet til det geografiske opptaksområdet til Helse Bergen HF (HBE) og Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) for perioden 2015-2035. Analysen er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) og befolkningsframskrivinger fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Data fra deres analyse viser at kommunene i opptaksområdet får en befolkningsøkning på 21,5 prosent. Det fremkommer også at det er aldersgruppene fra 67 år og eldre som øker mest. Befolkningsøkningen er dermed ikke bare en volumvekst, men også en endring i alderssammensetning. Dette har betydning for aktivitetsutvikling da det er disse aldersgruppene som representerer den høyeste bruken av sykehustjenester.

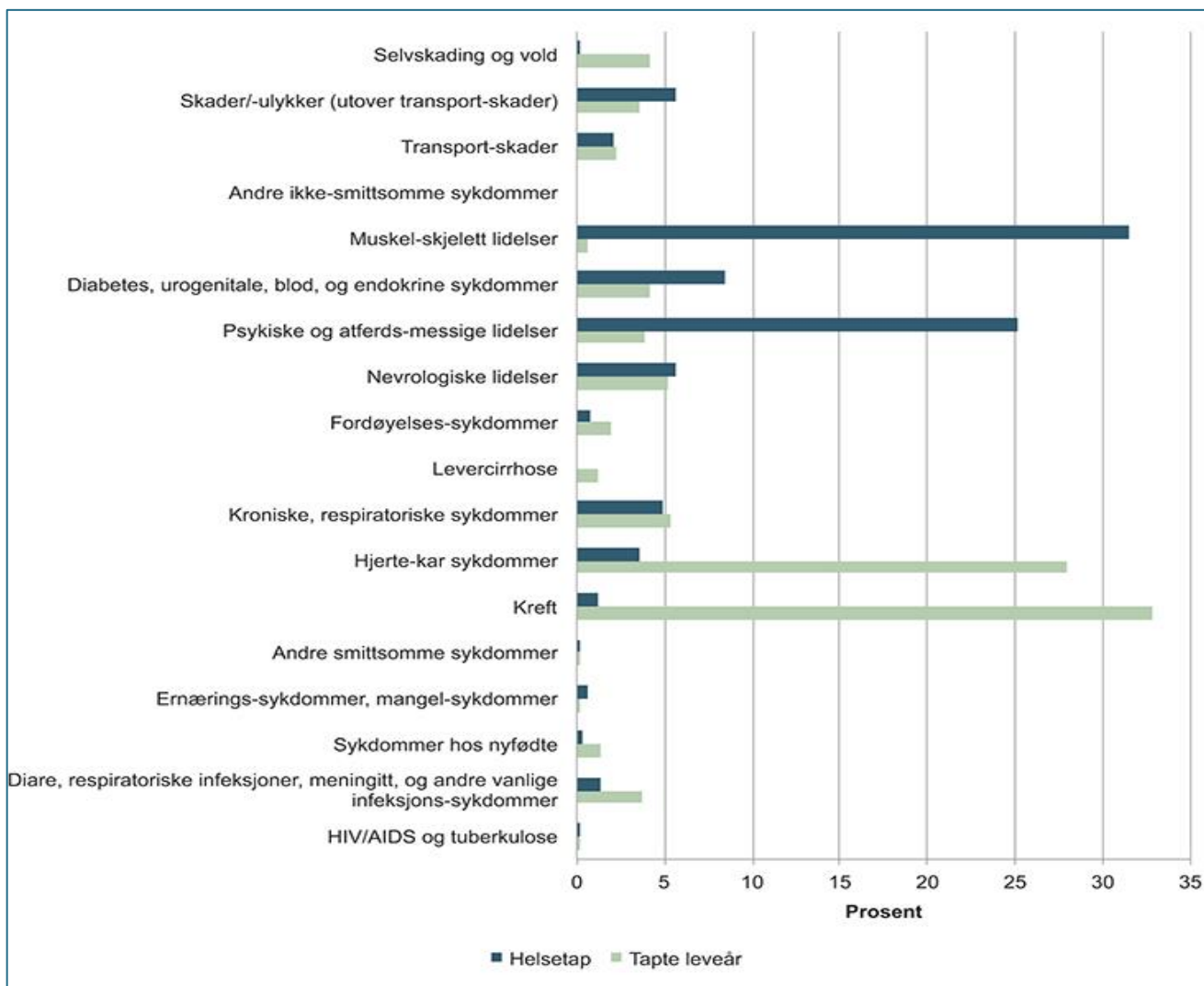
Ved framskriving av pasientdata finner Sykehusbygg at den demografiske utviklingen frem mot 2035 impliserer en økning i antall liggedøgn på over 25 prosent. De påpeker at denne prosentvise økningen er relativt høy i forhold til det de ofte ser fra andre framskrivningsprosjekter. Samme type framskriving for Haukeland universitetssykehus (HUS) er eksempelvis estimert til å ligge på 11 prosent i samme periode. Ren demografisk framskriving av liggedøgn gir en forventet økning på 61 prosent ved Haraldsplass og 37 prosent ved Haukeland universitetssykehus. Dette forklares med at pasientsammensetningen ved Haraldsplass relativt sett har en høyere andel eldre. Figuren nedenfor illustrerer dette og viser andel pasienter i ulike pasientgrupper på de to sykehusene sett i sammenheng med hvor stor andel de ulike aldersgruppene er av befolkningen.



Figur 3: Prosentandel innbyggere i 6 aldersgrupper for pasienter i Haraldsplass (HDS), Haukeland sykehus og Helse Bergen bostedsområde i 2015

Ved medisinsk klinikk er det forventet en økning på hele 30 prosent i antall liggedøgn frem til 2035. Dette er all hovedsak knyttet til øyeblikkelig hjelp innen indremedisin. Forklaringen på dette er først og fremst at Haraldsplass har en svært høy andel indremedisinske øyeblikkelig hjelp-innleggelses som vil øke med eldre befolkning, og at demografien i vår sektor skiller seg ut med høy andel innbyggere i aldersgruppen over 70 år. Haraldsplass har allerede merket denne veksten over flere år, på tross av tiltak som overlege i akuttmottak, direktelinje fra fastlege og diagnostisk sløyfe med øyeblikkelig hjelp-tilbudene til kommunene.

Sykdomsbildet forventes også å endre seg. Pasienter med kroniske og sammensatte lidelser er den gruppen som estimeres til å vokse mest. Dette er ofte de eldre og de som er storbrukere av helsetjenester. Hjerte- og karlidelser og kreft rammer særlig den eldre del av befolkningen, mens muskel- og skjelettlidelser oftest rammer folk i yrkesaktiv alder. De sykdomsgruppene som er størst i dag vil også øke kraftig fram mot 2035..



Figur 11: Helsetap og tapte leveår (Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019)

4.2 Endringsfaktorer

Befolkningsutvikling og sykdomsutvikling tilsier at helsevesenet ikke vil ha kapasitet framover til å behandle alle som trenger det dersom vi ikke endrer måten å jobbe på. I det utfordringsbildet blir det å forebygge helsetap og sykdom like viktig som å behandle. Sykehusene skal sammen med kommunene bidra til å fremme folkehelse og forebygge sykdom og skade. Primærforebygging innebærer helsefremmende arbeid for å hindre at sykdom oppstår. Sekundærforebygging er å hindre forverring eller helsetap hos pasienter som lever med en eller flere sykdommer. Når sykdom først oppstår er tidlig oppdagelse og behandling viktig for å begrense helsetap. Screeningprogram drives på noen utvalgte områder for å oppdage alvorlig sykdom så tidlig som mulig. Behandlingsmetoder og medikamenter øker også og blir mer tilgjengelig. Samtidig utvikles ny teknologi og avanserte behandlingsmetoder. Alt dette gjør en draging mot vekst og spesialisering i sykehusene, noe som igjen fremmer spesialisering og funksjonsfordeling.

Ny og bedre teknologi gjør også at diagnostikk og behandling skjer raskere og med mindre belastende for pasientene. Dermed kan mer foregå i poliklinikk og dagbehandling i stedet for innlagt i sykehusseng. Sykehusene har de siste årene dreid deler av tilbudet fra døgn til dag, poliklinikk, observasjonssenger og bruk av pasienthotell. Utviklingen i teknologi vil fortsette, slik at diagnostikk og behandling i enda større grad i framtiden vil kunne organiseres uten at pasienten trenger å legges inn.

Flere kan behandles i poliklinikk og dagenhet i stedet for i sykehusseng. Men flere vil også kunne få diagnostikk og behandling hjemme. Sensorteknologi, endrede kommunikasjonsformer og mobile enheter er tilgjengelig på flere områder i dag og vil framover i enda større grad gi mulighet for kommunikasjon mellom sykehus og pasient uten at pasienten fysisk er tilstede på sykehuset.

Samtidig vil oppgavedeling mellom aktører og yrkesgrupper i helsevesenet endre seg. Samhandlingsreformen forutsetter avtaler om arbeidsdeling mellom kommuner og sykehus. Private helseaktører er i større grad enn før en aktiv del av det totale helsetilbudet. Det vil bli mangel på helsepersonell, og yrkesgrupper vil måtte endre eksisterende profesjongrenser og oppgavedeling seg imellom og også organisering og arbeidsformer for at arbeidskraften skal strekke til i framtiden.

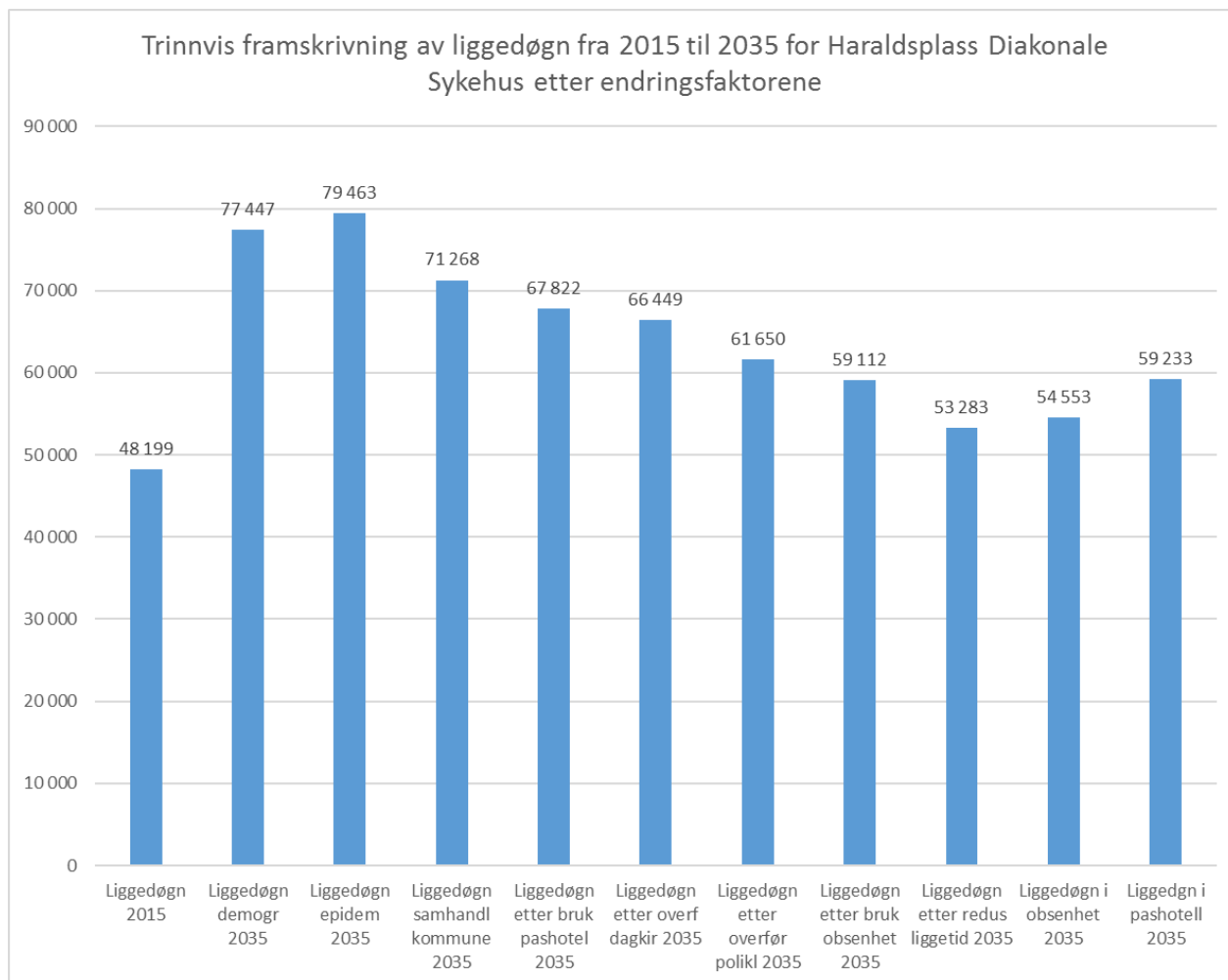
4.3 Døgnbehandling og sengebehov

Framskrivningen viser at antall liggedøgn vil øke med 25 prosent fram til 2035 for Haraldsplass sin sektor. Dette er en høy økning sammenlignet med andre framskrivningsprosjekter. Forklaringen er først og fremst at en stor andel (60 prosent) av våre døgnpasienter er indremedisinske øyeblikkelig hjelp-pasienter. I tillegg skiller demografien i vårt lokalsykehusområde seg fra området til Haukeland universitetssykehus, med flere eldre.

Ut fra framskrivningen til Sykehusbygg vil behovet for antall senger øke med 25 prosent, gitt belegg og utnyttelsesgrad av sengene på 85 prosent. Vi har allerede redusert kirurgiske senger med 40 prosent de siste årene. Haraldsplass har i dag et samlet belegg på 88 prosent så langt i 2018. Belegget er høyere på medisinske avdelinger. Sykehuset har de siste årene hatt en kraftig reduksjon i gjennomsnittlig liggetid.

I forbindelse med den fremskrevne økningen på 25 prosent i liggedøgn/senger har Sykehusbygg inkludert en lang rekke tiltak. Det er utnyttelsesgrad av senger, behandlingsrom og operasjonsstuer som først og fremst påvirker kapasiteten. Effekt av samhandlingsreform har mindre betydning. Gitt dagens høye belegg ved Haraldsplass, anser vi det som sannsynlig at det er behov for rundt 25 prosent flere bemannede senger frem mot 2035. Dette gitt et samlet belegg på 85 prosent.

Grafen under viser hvordan ulike endringsfaktorer påvirker utviklingen i antall liggedøgn, fra 2015 og frem til 2035.



Vi har særlig stort potensiale til å kunne utvikle vår virksomhet til å omfatte mer dagkirurgi enn hva som er dagens situasjon. Ved å innføre ny teknologi og utvikle våre operasjonsmetoder vil vi, med bistand av moderne anestesimetoder, øke andelen dagkirurgi betydelig i denne planperioden.

4.4 Dagbehandling og poliklinikk

Poliklinikk og dagkirurgi er beregnet til øke mer enn døgninnleggelser, og framskrivningsrapporten til Sykehusbygg anslår et 50-80 prosent økning. Grunnen til det store spranget i anslaget har med stor usikkerhet rundt hvor mye digitalisering av for eksempel kontroller vil bety. Videre er kapasitetsberegningene på poliklinikk veldig følsomme for utnyttingsgraden. Ved å endre åpningstiden fra 8 timer til 6 eller 10 timer vil behovet for poliklinikkrom endres ganske mye. Samhandling med kommunene kan også ha noe å si, men her er endringen nesten ubetydelig sammenlignet med endret åpningstid. I framskrivningsrapporten er det skissert en økning av antall polikliniske rom med 64 prosent fra 2015 til 2035. Dersom vi endrer åpningstiden fra 8 timer til 10 timer reduseres behovet fra 64 til 28 prosent. Andre veien vil en reduksjon i åpningstider til 6 timer øke behovet for rom fra 64 til 100 prosent. Vi snakker her om effektiv åpningstid, slik at en åpningstid på 10 timer krever antakelig en faktisk åpningstid som er lengre enn 10 timer. Dette viser hvorfor anslaget på 50-80 prosent er usikkert. Haraldsplass planlegger likevel for en økning på rundt 50 prosent i antall polikliniske konsultasjoner frem mot 2035. Dagens poliklinikker skal utvides og rehabiliteres i 2019 og 2020.

4.5 Kirurgisk aktivitet og operasjonskapasitet

Rapporten til Sykehusbygg har benyttet antall opphold i kirurgisk DRG som grunnlag for å beregne operasjonskapasitet. Vi skiller mellom døgnopphold i kirurgisk DRG og dagopphold i kirurgisk DRG, da det ofte er behov for å beregne kapasitet for døgn- og dagkirurgi hver for seg. En framskriving av døgnopphold frem mot 2035 viser en økning på 28 prosent, mens dagopphold har en tilsvarende framskriving på 57 prosent. Dagkirurgien øker mer enn døgnkirurgien, noe som skyldes at det skjer en overføring fra døgnkirurgi til dagkirurgi som er en av de kvalitative faktorene i modellen. Basert på denne framskrivingen av aktiviteten, er det videre beregnet at antall operasjonsstuer i 2035 øker fra fem til seks på døgnkirurgi, og fra to til tre på dagkirurgi.

Vi ser for oss at vi i årene fremover vil kunne øke vår operasjonskapasitet ved å utnytte våre operasjonsstuer på en bedre måte enn hva som er tilfelle i dag. Dette skal vi gjøre ved å flytte mindre inngrep over på enklere operasjonsstuer og utvikle flere / nåværende effektive dagkirurgiske stuer. Dette gjør vi ved å ha fokus på pasientforløpet og ved å innføre ny teknologi. Dette vil også gi en bedre pasientreise i form av mindre ubehag og raskere rehabilitering. Vi vil også i de kommende årene arbeide mye med tverrfaglig tilnærming mellom videreutvikling av kirurgiske teknikker og moderne anestesi. Noe som vil være viktig for å kunne effektivisere driften på en slik måte at pasienten opplever øket effektivitet som positivt.

Det prosjekteres også i disse dager en utvidelse av antall operasjonsstuer som vil komme i et nytt bygg som reises i samarbeid med VID i forbindelse med dagens operasjonsstuer. Dagens operasjonsstuer har uansett behov for en oppgradering i løpet av årene som kommer samt at vi, som nevnt ovenfor, ser behovet for øket antall operasjonsstuer noe grunnet forventet aktivitetsøkning.

4.6 Laboratorie og røntgentjenester

Laboratoriet på Haraldsplass har en moderne analysepark som utfører over årlig 1,3 millioner analyser innenfor klinisk kjemi, hematologi og mikrobiologi. Det har vært en kraftig økning i bestilte analyser siste år og denne utviklingen forventes å fortsette. Denne økningen i analyser har først og fremst vært håndtert ved å øke graden av automatisering. Flere fullautomatiserte analyser frigjør personell til andre oppgaver. Det forventes en fortsatt høyere økning på rekvirerte analyser enn veksten ellers i sykehuset. Videre automatisering og investeringer i maskiner planlegges for årene som kommer. Mer bruk av pasientnære analyser vil også kreve tilpasning både av lokaler og arbeidsmåter

Radiologisk avdeling gjennomfører i dag ca 38 000 undersøkelser innenfor konvensjonell røntgen, UL, MR og CT pr år. Dette volumet av undersøkelser fordeles på inneliggende pasienter (42%) polikliniske pasienter rekvirert fra sykehusets leger (18%) og polikliniske pasienter henvist fra fastleger eller andre institusjoner (40%). Det forventes at volum vil øke tilsvarende de prognoser som legges til grunn endringer knyttet til kirurgisk og medisinsk aktivitet. En økning av interne pasienter på 25 prosent tilsvarer cirka 6000 ekstra undersøkelser per år. På lang sikt vil dette kunne gi behov for investeringer i en bla. en ekstra MR og CT maskin. Dette avhenger langt på vei av hvorvidt vi fortsatt skal tilby radiologiske tjenester til eksterne rekvirenter.

5. Analyse og strategiske valg

Gjennom Strategi 2014-2020, «Helhetlig pasientbehandling», har vi vedtatt en strategisk retning for Haraldsplass Diakonale Sykehus. I tillegg til den strategiske retningen, fremhever strategien ti kliniske satsingsområder for sykehuset. Gjennom arbeidet med utviklingsplanen ønsker vi samtidig å tydeliggjøre fem strategiske valg innenfor følgende tjenesteområder:

- akuttmedisin
- akuttkirurgi
- elektiv kirurgi og ortopedi
- lindrende behandling
- geriatri

Punktene ovenfor er overordnede tjenesteområder som har stor betydning for og innvirkning på virksomheten hos både Haraldsplass og våre samarbeidspartnere. Vi velger derfor å omtale dem som strategiske valg. De strategiske valgene er ytterligere beskrevet og gjennomgått nedenfor. Her har vi også beskrevet hvordan vi går videre med de ulike valgene, mens vi i kapittel 6 går nærmere inn på mål og tiltak i henhold til strukturen i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner».

5.1 Kriterier for vurdering av de strategiske valgene

Vi har valgt å vurdere de strategiske valgene på bakgrunn av åtte kriterier, som er kort beskrevet nedenfor. Samtidig er samhandlingen med Helse Vest og kommunene en gjennomgående faktor som skal vektlegges i vurderingen av alle de strategiske valgene.

Kriterier	Kort beskrivelse av kriterier
Helhetlig pasientbehandling	Vil valget bidra til å oppnå målet om helhetlig pasientbehandling?
Kvalitet	Vil valget styrke den kliniske kvaliteten på tjenestene ved Haraldsplass?
Brukeropplevelse	Vil valget forbedre brukeropplevelsen?
Pasientgrunnlag	Vil valget bidra til å sikre et bærekraftig og forutsigbart pasientgrunnlag?
Bærekraftig økonomi	Vil valget bidra til å sikre en god og bærekraftig økonomi?
Oppgavedeling	Vil valget bidra til å sikre god oppgavedeling og effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i Bergen og regionen?
Gjennomførbarhet	I hvor stor grad er valget gjennomførbart, blant annet med tanke på finansiering, kompetanse, kapasitet og lokaler?
Visjon og verdier	Bygger valget opp om sykehusets visjon og verdier?

Tabell 2: Kriterier for vurdering av strategiske valg

5.2 Strategiske valg

Haraldsplass skal utrede og vurdere fem viktige strategiske valg for virksomheten og aktiviteten på sykehuset. Valgene skal bygge opp om en styrket posisjon som indremedisinsk lokalsykehus og en viktig aktør innenfor utvalgte kirurgiske områder. Haraldsplass skal tilby tjenester innenfor det som folk flest feiler på en god og innovativ måte. Siden virksomheten ved Haraldsplass henger tett sammen med virksomheten ved Helse Bergen, omkringliggende kommuner og andre idelle og private aktører, er det en forutsetning at de strategiske valgene utredes og tas gjennom et tett samarbeid med de relevante aktørene.



5.2.1 Haraldsplass skal videreutvikle den akuttmedisinske virksomheten

<p>Dagens situasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I akuttmottaket mottar vi i dag cirka 9000 indremedisinske øyeblikkelig hjelp innleggelses årlig. Det har vært en kraftig vekst de siste årene. Vi har i dag et svært effektivt akuttmottak, med overleger i front for raske avklaringer og diagnostisering. Cirka 20 prosent av pasientene ferdigbehandles i mottaket. Vi jobber systematisk for å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen og sikre god kompetanse, godt samarbeid med samarbeidspartnere og bedre intern logistikk. Vi har god erfaring med simulering i utvikling, implementering og vedlikeholdelse av nye pasientforløp. Dette har gitt gode resultater i blant annet behandling av akutt hjerneslag hvor vi nå over tid er blant de beste og raskeste i Norge. • Våre spesialister skal være gode generalister for å ivareta den helhetlige pasienttilnærmingen for alle pasientgrupper, men særlig de geriatriske og multisyke pasientene. Samtidig har vi i dag overleger innen alle grenspesialiteter innen indremedisin og tilbyr et komplett indremedisinsk lokalsykehusstilbud. De få pasientene som trenger regionsykehusfunksjoner har kort vei til Haukeland Universitetssykehus • Vi inngår i dag i akuttberedskapen i Helse Vest. Ved gul beredskap i Helse Bergen (mer enn 5 involverte i en hendelse) overtar Haraldsplass lokalsykehusfunksjon for Helse Bergen sine pasienter. • I september 2018 flytter dagens akuttmottak og observasjonspost over i et nytt og moderne mottak i det nye hovedbygget.
<p>Beskrivelse av strategisk valg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vi vil utvide og forbedre den akuttmedisinske aktiviteten, og gjerne utvide tilbudet til en større sektor. • Helhetlig behandling av pasientene og stadig fallende liggetid på opphold i sykehuset forutsetter eget akuttmottak

Muligheter	<ul style="list-style-type: none"> • Helhetlig behandling og effektive forløp i akuttmottaket gir rom for ytterligere forbedringer • Økt aktivitet og ansvar kan bevare og forbedre den akuttmedisinske beredskapen • Utvidet samarbeid med institusjoner innen psykiatri og rus kan gi et enda mer helhetlig tilbud • Nytt og moderne tilpasset akuttmottak med rom for vekst, er tilrettelagt bla. med stoler for pasienter som ikke skal ferdigbehandles i mottak slik at pasientene triageres, og behandles på rett nivå. • Ny spesialitet i mottaksmedisin gir muligheter for å etablere nye utdanningsløp for leger med utgangspunkt i akuttmottaket
Risikoen og ulemper	<ul style="list-style-type: none"> • Det kan komme faglige og organisatoriske krav som påvirker organiseringen av mottaket og vil kunne rokke ved den helhetlige behandlingen • Utvikling i mottaksmedisin kan kreve endret ansvars- og oppgavedeling
Vurdering	<p>Det strategiske valget kommer godt ut på de fleste kriteriene. Det må gjennomføres en analyse for å sikre god oppgavedeling og gjennomføring, da utfallet avhenger av flere andre aktører samt overordnede føringer og endringer i helsetjenestene generelt. Det er tilrettelagt for å ta i mot et stadig økende indremedisinske akuttpasienter i årene som kommer.</p>
Konklusjon og videre arbeid	<p>Vi vil videreutvikle og styrke lokalsykehusfunksjonen, slik at den helhetlige behandlingen rundt pasienten ivaretas. Det er viktig å sikre at Haraldsplass har robuste fagmiljøer innen de ulike grenspesialitetene i indremedisin, samt akuttmedisin. Vi skal fortsette det gode arbeidet med fokus på kvalitet i behandlingen, og innovasjon i arbeidsprosesser og teknologi.</p>



5.2.2 Haraldsplass skal videreutvikle det akuttkirurgiske tilbudet

Dagens situasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Haraldsplass har i dag avtale med Helse Bergen om å ta i mot de fem første kirurgiske og ortopediske pasientene hver dag samt hvert tredje lårhalsbrudd. I perioder med lange ventelister på øyeblikkelig hjelp operasjoner på Haukeland Universitetssykehus tar vi i mot ekstra pasienter. Disse operasjonene er ikke avtalefestet og kommer i tillegg. Det er også jevnlig forespørsler fra fagmiljøene på Haukeland om vi kan overta flere øyeblikkelig hjelp pasienter. Haraldsplass vil kunne ha kapasitet til å ta i mot flere øyeblikkelig hjelp pasienter, dersom vi kan få til en langsiktig avtale med Helse Bergen, slik at vi kan planlegge operasjonskapasiteten for dette.
Beskrivelse av strategisk valg	<ul style="list-style-type: none"> • Vi vil vurdere hvordan vi kan styrke vår posisjon som akutt sykehus gjennom å optimalisere og videreutvikle vårt akuttkirurgiske tilbud i samarbeid med Helse Bergen. • Satsingen vil kreve tett koordinering med våre samarbeidspartnere for å sikre <ul style="list-style-type: none"> ○ best mulig pasientbehandling ○ optimal utnyttelse av de samlede ressursene i regionen ○ økt forutsigbarhet på både volum og type behandling
Muligheter	<ul style="list-style-type: none"> • Flere akuttkirurgiske pasienter til Haraldsplass vil forbedre den samlede akuttkirurgiske beredskapen og kapasiteten i regionen • En spissing av det akuttkirurgiske tilbudet slik at vi først og fremst tar i mot flere akuttpasienter der vi har også elektiv kompetanse vil styrke det samlede tilbudet. Særlig er det mulighet i å ta imot flere pasienter med lårhalsbrudd: Pasienter som ofte venter for lenge i dag på Haukeland. Sammen med geriatrisk seksjon ønsker kirurgisk avdeling å opprette en egen ortogeriatrisk enhet. Resultater fra for eksempel Diakonhjemmet viser at denne organiseringen kan øke overlevelse og behandlingsresultater vesentlig. • Det er en mulighet å bli lokalsykehus for gitte skader innenfor vår medisinske sektor, da også særlig for eldre bruddpasienter som ville hatt stor glede av en helhetlig tilnærming.

Risikoen og ulemper	<ul style="list-style-type: none"> • Det kan være ulike syn blant aktørene knyttet til endringer i avtalen om akuttkirurgi • Eventuelt økt kapasitet kan få lav utnyttelsesgrad • Vil på lang sikt kunne kreve investering i utstyr, bygg og rekruttering • En økning i den akuttkirurgiske kapasiteten kan øke kostnadene knyttet til bemanning og vaktplaner.
Vurdering	<p>En satsing på å videreutvikle og øke det akuttkirurgiske tilbudet kommer generelt godt ut på de fleste kriteriene, og vil for eksempel bidra til å styrke kvaliteten gjennom økt volum og mulighet til rekruttering av riktig kompetanse. Det er derimot en del usikkerhet rundt blant annet hvordan det vil påvirke oppgavedelingen, økonomi og gjennomførbarhet, og vi ser behov for videre utredning av disse områdene. En vellykket satsing forutsetter et godt samarbeid og en god ansvars- og oppgavedeling med Helse Bergen.</p>
Konklusjon og videre arbeid	<p>Vi skal gradvis videreutvikle det akuttkirurgiske tilbudet med ytterligere spissing av våre kirurgiske områder, der vi er eller kan bli ledende. Som lokalsykehus er det en styrke å ha akuttkirurgisk tilbud, og det forbedrer den totale beredskapen i Bergen og omegn. Et større volum av øyeblikkelig hjelp pasienter vil gi økt fleksibilitet for å avhjelpe topper i akuttstrømmen til Helse Bergen. For å sikre optimal ressursutnyttelse og høy kvalitet i tjenestene ønsker vi å spisse tilbudet, og videreutvikle ansvars- og oppgavedelingen med Helse Bergen og Helse Vest.</p>



Elektiv kirurgi

5.2.3 Haraldsplass skal videreutvikle det kirurgiske og ortopediske tilbudet

Dagens situasjon	<p>Haraldsplass tilbyr i dag elektiv kirurgi innen ortopedi, generell kirurgi, gastrokirurgi og urologi. Elektive (planlagte) operasjoner utgjør 75 % av våre operasjoner. Innenfor elektiv kirurgi har vi stort volum på utvalgte operasjoner og kan vise til svært gode behandlingsresultater. For eksempel får svært få pasienter postoperative infeksjoner, svært få må opereres på nytte etter hofteprotese, og det er høy overlevelse etter tarmkreftkirurgi. Vi opplever en stor tilstrømming av pasienter, og ser derfor fortløpende på løsninger som er med på å korte ventetidene som f.eks. innføring av egen vurderingspoliklinikk innen skulder- og knelidelser Vi har i dag bærekraftige miljøer innen de fagområder vi satser på, men må hele tiden sikre at vi har nok spesialister slik at vi har robuste fagmiljø.</p>
Beskrivelse av strategisk valg	<ul style="list-style-type: none"> • Vi vil videreutvikle det kirurgiske og ortopediske elektive tilbudet for sikre god kvalitet og solide fagmiljøer ved å <ul style="list-style-type: none"> ○ Bli ledende på utvalgte områder nasjonalt gjennom å spisse tilbudet, optimalisere de medisinske støttetjenestene, kombinert med forskning ○ Øke volumet innenfor de valgte kliniske satsingsområdene og satse på nye områder hvor det er lange ventetider i regionen ○ Inngrep som nå krever innleggelse, skal gjennomføres dagkirurgisk. Dette skal vi gjennomføre basert på innføring av ny teknologi, forbedrede kirurgiske teknikker og riktig smertebehandling. ○ Vi skal forbedre prosessene og pasientflyten internt på sykehuset for å sikre standardisert pasientbehandling hvor dette er mulig. Dette for å sikre økt kvalitet på våre tjenester. Dette vil også sikre bedre kapasitet på våre sengeposter – noe som betyr mulighet til også å utvide kapasiteten til større og mer omfattende inngrep.
Muligheter	<ul style="list-style-type: none"> • Satsingen kan bygge ytterligere spisskompetanse og profilere Haraldsplass som en av de ledende aktørene innen valgte områder • Optimaliserte støttetjenester herunder røntgen, fysioterapi mm. og prosesser vil sikre helhetlig og rask behandling • Økt produktivitet og forbedrede prosesser vil gi økt effektivitet og lønnsomhet • Økt kvalitet skal bidra til at flere pasienter velger Haraldsplass • Satsingen vil bidra til gode og robuste fagmiljøer, og gjøre Haraldsplass til en mer attraktiv arbeidsplass

Risikoen og ulemper	<ul style="list-style-type: none"> • Ny tjenesteutvikling kan i oppstart gi dårlig finansiering. • En spissing av tilbudet kan gjøre Haraldsplass mer sårbare ved endringer i finansieringen for disse områdene • Det kan være utfordrende å rekruttere den nødvendige kompetanse og kapasiteten
Vurdering	<p>Det er knyttet noe usikkerhet rundt gjennomføringen av valget, primært basert på potensielle utfordringer med rekrutteringen. Satsingen kommer likevel positivt ut på de fleste kriteriene. Vurderingen styrkes også av informasjonen som har fremkommet gjennom prosessen med å utarbeide utviklingsplanen, der eksterne og interne aktører og ressurspersoner påpeker at satsingen er nødvendig for å videreutvikle sykehuset.</p>
Konklusjon og videre arbeid	<p>Ytterligere satsing på og spissing av det kirurgiske og ortopediske tilbudet er en sentral forutsetning for at vi skal sikre kvaliteten og en bærekraftig utvikling av sykehuset. Vi skal derfor jobbe kontinuerlig og strukturert for å tydeliggjøre hvilke områder Haraldsplass skal være ledende på, og bygge sterke fagmiljøer her. Forskning skal knyttes til de utvalgte områdene der det er hensiktsmessig og når det kan utgjøre en forskjell for våre pasienter eller for samfunnet som helhet. Rehabiliteringstjenestene som fysioterapi og ergoterapi, samt røntgenundersøkelser skal knyttes til de utvalgte områdene slik at vi sikrer god og effektiv pasientflyt og ressursutnyttelse,</p>



Lindrende behandling

5.2.4 Haraldsplass skal videreutvikle tilbudet innenfor lindrende behandling

Dagens situasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Vi tilbyr avansert lindrende behandling til pasienter i Helse Vest, gir råd og veiledning til primærhelsetjenesten og tilbyr poliklinisk oppfølging for pasienter i Bergen og omegn. Vi har i dag en avtale hvor Haraldsplass er den regionale sengeposten innen lindrende behandling. I samarbeid med Kompetansesenter i lindrende behandling har vi stort fokus på fagutvikling og på å øke helsepersonells kompetanse i lindrende behandling, og bidrar med undervisning og opplæring av helsepersonell i hele regionen. Vi ser fortløpende på løsninger for å bedre pasientforløpet i samarbeid med Helse Bergen og på tvers av nivåene. • Avdeling for lindrende behandlingen flytter inn i nytt sengebygg i i september 2018. Utformingen av avdelingen tar utgangspunkt i nye og innovative løsninger for denne pasientgruppen.
Beskrivelse av strategisk valg	<ul style="list-style-type: none"> • Vi vil videreutvikle tilbudet og tenke nytt om innholdet i tjenesten ved å <ul style="list-style-type: none"> ○ gjennomgå og løfte etiske dilemmaer, øke relasjonskompetansen, yte tverrfaglig behandling og forbedre samarbeidet med alle involverte aktører ○ sikre ivaretagelse av både pasienten, pårørende og deres helhetlige livssituasjon ○ forbedre den regionale funksjonen, med vekt på god samhandling ○ utarbeide mål og tiltak for å utvikle posisjonen som ledende på palliasjon
Muligheter	<ul style="list-style-type: none"> • Satsingen kan utgjøre en stor forskjell for pasienter og pårørende • Nye lokaler og eksisterende spisskompetanse støtter opp om satsingen • Satsingen kan gi et bedre tilbud i hele regionen • Satsingen er i tråd med visjon og verdier til sykehuset og stiftelsen, og kan bidra til å bygge profilen og omdømmet
Risikoer og ulemper	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientgrunnlag er usikkert da Helse Bergen og etter hvert kommunene trolig øker sitt tilbud innen palliativ behandling • Haraldsplass har noe overkapasitet i dag, og finansieringen er for lav • Finansieringen av spesialisthelsetjenester utenfor sykehus er for dårlig
Vurdering	<p>Det er en del usikkerhet rundt det strategiske valget på flere av evalueringskriteriene. Videre satsing vil ytterligere kunne styrke kvaliteten og brukeropplevelsen, og skape synergier fra «klyngeeffekter». Det er likevel usikkerheter rundt pasientgrunnlag, økonomi og oppgavedeling med Helse Bergen, samt langsiktig overføring av oppgaver til kommunene. Valget krever derfor god koordinering og samhandling med Helse Bergen og kommunene,</p>

	for å utnytte de samlede ressursene best mulig, og gi pasientene et godt og verdig tilbud.
Konklusjon og videre arbeid	Vi har svært god spisskompetanse og nå helt nye innovative lokaler og arbeidsmetoder til å profilere Haraldsplass ytterligere som ledende innen palliasjon. Neste steg er en prosess for å redefinere tilbudet og hva Haraldsplass kan gjøre innenfor det rammeverket vi har i dag. På grunn av usikkerhet rundt flere av kriteriene, og for å sikre at vi henter ut det beste fra både Haraldsplass, Helse Bergen og kommunene, må utformingen av tilbudet innen lindrende behandling ved Haraldsplass utredes videre i tett samarbeid med de andre aktørene.



5.2.5 Haraldsplass skal forbedre tjenestene innenfor geriatri i helseregionen	
Dagens situasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Vi tilbyr i dag spesialisert akutt geriatrisk døgntil behandling til pasienter i vårt opptaksområde og tar i mot henvisninger fra hele Bergen og omegn for elektiv geriatrisk behandling og poliklinisk oppfølging. Vi opplever økende etterspørsel etter vårt geriatriske tilbud og har derfor fokus på å utvikle gode pasientforløp internt og i samarbeid med Helse Bergen, Olaviken og primærhelsetjenesten. Vi prioriterer ressurser knyttet til utdanning av geriater og forskning innen fagfeltet. • Våren 2019 endres tilbudet til både inneliggende og polikliniske geriatriske pasienter. Sengeposten flytter til nye lokaler som gir mulighet for flere enerom, nye hjelpemidler og ny teknologi. Samtidig åpner Spesialistsenter i eldremedisin i totalrehabiliterede lokaler. Dette er en samlokalisering av den polikliniske virksomheten for Olaviken og geriatrisk poliklinikk Haraldsplass. Samlet kompetanse og pasientbehandling innen alderspsykiatri og geriatri vil i større grad gi mulighet for forskning og utvikling av faget. Det er et stort behov for å løfte oppfølgingen av eldre, kanskje særlig med tanke på tidligere diagnostisering av demens og følgetilstander av demens. Det er dialog med Helse Bergen om en tettere tilknytning av alderspsykiatri og andre tjenester for eldre opp mot tjenestene til Olaviken og Haraldsplass.
Beskrivelse av strategisk valg	<ul style="list-style-type: none"> • Vi vil utvikle en helhetlig satsing på behandling av eldre og multisyke. Det kan blant annet skje gjennom <ul style="list-style-type: none"> ○ bedre intern samhandling på tvers av fagfelt ○ å ta en førende rolle for å sikre tettere samhandling mellom eksterne samarbeidspartnere ○ å være sentral i utviklingen av en helseklynge som kan bli ledende innen behandling av eldre ○ å vurdere å utvikle samarbeid med tjenester innenfor blant annet alderspsykiatri og rus
Muligheter	<ul style="list-style-type: none"> • Økt satsing møter et økende behov blant befolkningen fremover også uttrykt av kommunene i arbeidet med utviklingsplanene. • Helhetlig behandling av eldre med brudd (ortogeriatriske) er et stort behov og underbygger at Haraldsplass gir det geriatriske tilbudet i regionen • Satsingen på eldre gir sykehuset en tydelig profil • Satsingen kan bidra til å bygge opp om visjon og verdiene til sykehuset




Risikoen og ulemper	<ul style="list-style-type: none">• Profilen til sykehuset kan bli utydelig når flere satsinger innen blant annet kirurgi, ortopedi, lindrende behandling og geriatri går parallelt
Vurdering	Satsing på geriatri kommer godt ut innenfor alle evalueringskriterier, men med litt usikkerhet rundt økonomi. Haraldsplass har allerede en sentral funksjon og en god profil innen geriatri, og har over lang tid utviklet denne tjenesten. Alle framskrivninger viser at behovet innen geriatri vil fortsette å øke i årene som kommer, og Haraldsplass er godt posisjonert for å håndtere det økte volumet på en god måte. Satsingene vil imidlertid etter hvert kreve mer arealer, og det planlegges å ta i bruk 5 etasje i nybygg fra 2028.
Konklusjon og videre arbeid	Vi skal videreutvikle vårt tilbud innenfor geriatri og styrke posisjonen som en ledende aktør på området. Vi skal skape et tilbud som er tilpasset eldre og multisyke. Det betyr at vi må tenke helhetlig og tilpasse våre tjenester for å sikre tverrfaglig oppfølging og en god opplevelse for både pasienten og pårørende. Vi skal utrede videre hvilke tjenester vi skal tilby og hvordan vi kan skape det tilbudet våre eldre fortjener. Det betyr også at vi skal jobbe for å utvikle et helhetlig tilbud til denne pasientgruppen også innen rus og psykiatri. Samt sikre god samhandling med kommunene og andre samarbeidspartnere og videreutvikle Haraldsplass som et eldrevennlig sykehus.

5.3 Samlet vurdering av de strategiske valgene

Matrisen nedenfor viser den samlede vurderingen av de strategiske valgene basert på kriteriene og drøftingen i 5.2.

	Haraldsplass skal videreutvikle sin akuttmedisinske virksomhet	Haraldsplass skal videreutvikle det akutt-kirurgiske tilbudet	Haraldsplass skal videreutvikle det kirurgiske og ortopediske tilbudet	Haraldsplass skal videreutvikle tilbudet innenfor lindrende behandling	Haraldsplass skal forbedre tjenestene innenfor geriatri i helseregionen
Helhetlig behandling					
Kvalitet					
Brukeropplevelse					
Pasientgrunnlag					
Økonomi					
Oppgavedeling					
Gjennomførbarhet					
Visjon og verdier					
Konklusjon strategiske valg	<i>Det akuttmedisinske tilbudet skal ytterligere styrkes slik at Haraldsplass er et tydelig lokalsykehus</i>	<i>Gradvis videreutvikle og styrke tilbudet i samarbeid med Helse bergen</i>	<i>Ta en ledende og bærekraftig rolle innenfor utvalgte områder</i>	<i>Redefinere og utvikle tilbudet i tett samarbeid med Helse Bergen og kommunene</i>	<i>Styrke posisjonen som en ledende aktør på området i tett samarbeid med andre aktører.</i>

Tabell 3: Vurderingsmatrise av strategiske valg

	Bidrar i stor grad til måloppnåelse og lav usikkerhet/risiko
	Bidrar til måloppnåelse og/eller noe usikkerhet/risiko
	Bidrar i liten grad til måloppnåelse og/eller stor usikkerhet/risiko

6. Mål, tiltak og organisering

Det overordnede formålet med utviklingsplanen er å bidra til å skape pasientens helsetjeneste, i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Haraldsplass har samtidig vedtatt en strategisk satsing om å bli ledende på helhetlig pasientbehandling. I utviklingsplanen er dette utledet i to overordnede effektmål:

- > **Helhetlig pasientbehandling med høy kvalitet**
- > **Pasientforløp tilpasset pasienten**

Visjonen og verdigrunnlaget for sykehuset vil alltid ligge til grunn for utviklingen, og vi skal gjøre en rekke grep for å oppnå de overordnede målene. Samtidig har vi valgt å fremheve særlig to aspekter for den videre utviklingen:

- > **Høy kompetanse i behandling av multisyke**
- > **Tjenesteinnovasjon, digitalisering og bruk av ny teknologi**

Helse Vest har vedtatt en rekke mål og tiltak for spesialisthelsetjenestene på Vestlandet, gjennom strategien Helse2030 med tilhørende tiltaksplan. Haraldsplass vil følge opp de regionale føringene, og bidra til å gjennomføre strategien og tiltaksplanen. Dette preger flere av målene og tiltakene i utviklingsplanen, og er i tråd med veilederens føringer om felles regional utvikling og effektiv utnyttelse av de samlede ressursene.

Beskrivelsene, målene og tiltakene nedenfor er ikke dekkende for hele virksomheten ved Haraldsplass. Vi har i stedet omtalt utvalgte satsinger og områder i endring, i kombinasjon med nasjonale og regionale føringer. Dette gir en mer oversiktlig og lettlest plan, som også er enklere å følge og oppdatere. Mer utfyllende informasjon finnes i underliggende planer og styringsdokumenter.

Målene og tiltakene i dette kapittelet er både kortsiktige, langsiktige og vedvarende over tid. Vi vil konkretisere gjennomføringen av tiltakene i egne prosjekt- og styringsdokumenter.



Figur 12: Nye Haraldsplass sykehus

6.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet og involvering

Mål 1

Pasientene ved Haraldsplass er involvert i behandlingen og opplever mestring gjennom behandlingsforløpet.

Tanken om pasientens helsetjeneste ligger til grunn for hvordan vi utvikler tilbudene og tjenestene ved Haraldsplass. Vår visjon om å bidra til livsmestring, helse og lindring for pasienter og pårørende, og vårt verdigrunnlag om at mennesker skal oppleve kompetanse med hjertevarme i møtet med Haraldsplass underbygger dette. Vi skal ta med oss visjonen, verdigrunnlaget og kompetansen som er bygget over lang tid i møtet med alle nye pasienter.

Den demografiske utviklingen med flere eldre, stadig flere pasienter, og ikke like stor økning i budsjettene til sykehusene gjør at det er viktig å finne nye gode løsninger for å fortsette å gi like god behandling. Vi tror at sterkere involvering av pasienter og pårørendes er en viktig forutsetning for å finne disse løsningene.

Vi ønsker å bidra til en ny pasientrolle, der pasienten er mer involvert i behandlingsvalg og er bedre informert om den behandlingen som blir valgt. Særlig mener vi at det på

legemiddelfeltet er mange muligheter for å skape bedre forståelse for behandlingen både ved utdeling av medikamenter og i forskrivingen av nye medisiner. Mer involvering av pasient og pårørende vil kreve en kulturendring i helsevesenet også på Haraldsplass, samt en endring i holdninger til hva det vil si å være pasient. Nye digitale løsninger som legger til rette for mer pasientinvolvering ser vi vil spille en stor rolle, og vi ønsker å bidra til dette med pilotering av nye løsninger.

Lokale brukerundersøkelser gir oss allerede verdifull innsikt i pasientenes erfaringer med sykehuset. I fremtiden har vi ambisjoner om mer løpende tilbakemeldinger fra pasientene for å gjøre prosessen med tilbakemeldinger og iverksettelsen av nye tiltak enda mer dynamisk.

Brukerutvalget er en viktig aktør i tjenesteutviklingen ved Haraldsplass. De bidrar med nødvendig kompetanse i planarbeidet, og er sentrale både i utformingen og gjennomføringen av tiltak. Innspill og råd fra pasienter og pårørende skal brukes direkte i arbeidet med å forbedre tjenestene og brukeropplevelsene ved Haraldsplass. Samarbeidet med kommunen og fastlegene er viktig for å «sikre» at behandling og mestring har samme fokus på tvers av tjenestenivåer.

Tiltak og satsinger

- > Nytt forløp for legemiddelutdeling og informasjon om legemidler der pasienten involveres i dobbeltkontroll av medikamentene
- > Fokus på kommunikasjon mellom behandler og pasient, for å sikre
 - at vi lytter til og ser på pasienten når vi kommuniserer
 - at kommunikasjonen går begge veier
 - at vi mobiliserer pasientenes egne ressurser
- > Nytt matkonsept med fokus på næringsrik og delikat mat, som er laget fra bunnen på eget kjøkken, samt muligheter til å velge
- > Utvikle pasientdeltagelse i forbedringsprosesser, bruke pasienterfaringer og pårørendes erfaring i utvikling av pasientforløp
- > Benytte digitale løsninger for å følge opp pasientene og utveksle informasjon også mellom nivåene.
- > Utvikle gode samarbeidsforløp med kommunene og fastlegene.

6.2 Pasientbehandling, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

Mål 2

Haraldsplass skal fortsatt være i stadig forbedring, og gi god og sikker pasientbehandling.

Haraldsplass leverer sykehustjenester helt i samsvar med bestillingen fra Helse Vest, og styringsmål gitt av helseministeren for 2018. Sykehuset har forbedret seg kraftig innenfor de fleste viktige nasjonale kvalitetsindikatorene siden 2012, Sykehuset har blant annet best 30- dagers overlevelse av norske sykehus i 2017, få pasientskader, få sykehusinfeksjoner, få korridorpasienter, lav bruk av bredspektret antibiotika og svært raske slagforløp.

Samtidig er pasientbehandlingen i rask utvikling, og det blir stadig viktigere at sykehuset er i en kontinuerlig endring og forbedringsprosess. For å få til endringer har det vært svært viktig å ha gode analyser og tall på driften og vi vil fortsette å satse på gode analyser av driften og kvaliteten ved sykehuset. Analyseverktøy som viser tall og målinger i sanntid er viktig for lederne slik at det blir mulig å justere seg fortløpende.

Stadig flere eldre pasienter som ofte er multisyke og bruker mange medikamenter stiller større krav til gode å sikre systemer for å forhindre pasientskader, forebygge delir, og gi rett diagnose. Vi mener at en helhetlig tilnærming til pasienten i seg selv forebygger pasientskader på sykehuset og gir bedre resultater for pasienten. Opplæring av pasienter og pårørende er avgjørende for å få til gode resultater innen pasientbehandling. Vi ønsker å benytte LMS (lærings og mestringssenteret) mer til dette.

Tydelig forankring i ledelsen sammen med at de fleste forbedringsprosjektene har vært initiert i klinikkene, og i samarbeid med de tillitsvalgte, har bidratt til gode resultater. Gode systemer for informasjon mellom nivåene på sykehuset er avgjørende for å få til gode endringer. Vi vil fortsette å utvikle dette. Det er viktig å løfte frem de gode forbedringsideene fra klinikkene og støtte disse.

Tiltak og satsinger

- > Gode analyser og systemer for å fange opp uønsket utvikling og risiko slik at det raskt er mulig å korrigere.
- > Satsing på eldrevennlig sykehus i samarbeid med Nasjonalforeningen for Folkehelse, Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus
- > Fortsette å utvikle systemer for informasjon mellom nivåene på sykehuset som forbedringstavler og pasientsikkerhetsvisitter og bruk av lettvekts IT for å synliggjøre for eksempel falltendens, ernæringsutfordringer etc.
- > Våre medarbeidere skal ha forbedringskompetanse slik at forbedring blir en naturlig del av hverdagen på sykehuset.
- > Aktivt utvikle og benytte LMS til opplæring av pasienter

6.3 Oppgavedeling og samhandling

Mål 3

Vi skal skille oss ut på å se hele pasienten, og pasienten skal oppleve sammenheng og helhet i tjenestene.

Ressursene utnyttes best når oppgavedelingen er tydelig og sammenhengen i tjenestene er god. Haraldsplass har blant annet fokusert på å lage gode overføringer mellom sykehus og kommune. Et viktig tiltak har vært egne samhandlingssykepleiere på postene som har sikret at informasjonen i meldingene til kommunen blir best mulig. God kommunikasjon med kommunen rundt den enkelte pasient er avgjørende for behandlingsresultatet. Haraldsplass har bidratt aktivt for å få til god utvikling av Øyeblikkelig hjelp sengene i kommunen.

Sykehuset deltar i samarbeidsutvalgene for Nordhordland, Bergen og Bergensregionen

sammen med Helse Bergen og kommunene. Gjennom disse har det kommet på plass et godt avtaleverk mellom kommuner og sykehus, men det er fortsatt et potensiale for partene i å få til bedre praktiske løsninger for pasientene.

Fastlegene er en svært viktig ressurs i behandlingsforløpene. Vi skal derfor legge til rette for god flyt av informasjon og godt faglig samarbeid med fastlegene. Det omfatter både faglige forum, IKT-verktøy, avtaler, rutiner og andre verktøy og tiltak som kan gjøre behandlingsforløpet bedre og ressursbruken mindre. PKO-ene ved Haraldsplass er sentrale samarbeidspartnere i dette arbeidet.

Samarbeidet mellom Haraldsplass og kommunene er generelt svært bra, men må i framtiden bli enda tettere. Informasjonsflyten kan bli bedre, og vi må satse mer på felles faglig utvikling. En del av utviklingen skal skje gjennom etableringen av Alrek helseklynge vis a vis Haraldsplass. Flyttingen av Bergen kommunens mottaksklinikk gir store muligheter for innovasjon mellom kommune og sykehus

Tiltak og satsinger

- > Tett samarbeid med kommunene om gode forløp for den eldre multisyke pasienten
- > Utnytte muligheten samlokaliseringen av Bergen Kommunes mottakspost gir
- > Utvikle Spesialistsenter for eldremedisin i samarbeid med Olaviken og Helse Bergen. Samarbeid med alderspsykiatri, samt eldre med rusproblematikk
- > Videreutvikle fellesarenaene mellom Haraldsplass, Helse Bergen, kommunene og inkludere fastlegene
- > Velge ut noen pasientforløp som vi i samarbeid med kommunene og Helse Bergen kan forbedre, slik at vi kan ha noen gode eksempler på sammenheng i tjenestene
- > Utnytte bedre funksjonalitetene i eksisterende IKT-verktøy, og være tidlig ute med å ta i bruk tilgjengelig «lettvekts-IKT» og virtuelle løsninger for samarbeid med kommunehelsetjenesten
- > Forbedre rutiner og samarbeid rundt utskrivninger og oppfølging av pasienter
- > Utvikle nye løsninger og tjenester gjennom Alrek helseklynge og Bergen kommunes mottaksavdeling
- > Etablere spesialistsenter for eldre i samarbeid med Helse Bergen og Olaviken
- > Videreutvikling av «diagnostisk sløyfe», i form av tilgang på rask diagnostisk avklaring i sykehus, uten at det fører til innleggelse som døgnpasient.
- > Vurdere opprettelse av ortogeriatrisk tilbud/sengeenhet

6.4 Organisering og ledelse

Mål 4

Haraldsplass skal ha dyktige ledere og en organisering som gir trygghet og endringsvilje, og som bidrar til at hver enkelt ansatt får utnyttet sitt fulle potensial.

Gjennom god organisering basert på vår strategi og retning skal vi kontinuerlig jobbe med å forbedre tjenestene og opplevelsene til pasientene. Det skal jobbes aktivt med lederprinsippene: helhetstenkende, modig, åpen og gjennomføringssterk, slik at det tilrettelegges for en kultur som er løsningsorientert, nytenkende og endringsvillig på alle nivåer i organisasjonen.

For å oppnå helhetlig pasientbehandling, kreves det god koordinering og samhandling både internt og eksternt. En viktig lederoppgave blir derfor å legge til rette for samhandling mellom de ulike avdelingene, faggruppene og aktørene som påvirker den helhetlige pasientbehandlingen og som kontinuerlig jobber med forbedringsområder

De diakonale verdiene og de strategiske føringene om helhetlig pasientbehandling skal ligge som en grunnstein i dette arbeidet, og enhver endring skal ta utgangspunkt i målet om å utvikle pasientens helsetjeneste.

Selv om Haraldsplass er en relativt stor aktør i spesialisthelsetjenesten, er virksomheten liten nok til å kunne beholde oversikten og snu seg raskt. Det gir oss muligheten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktiviteten ved sykehuset raskt og effektivt.

Størrelsen kan også være en fordel når det gjelder selve pasientbehandlingen. Kortere avstander og mindre forhold gjør det enklere å sette opp strukturer for tverrfaglig samarbeid og samhandling. Det skal særlig komme multisyke pasienter til gode, ved at vi ser hele mennesket og gir et helhetlig behandlingstilbud.

Lederen skal være tett på både medarbeiderne og pasientene. De korte avstandene skal sørge for at pasientenes stemme blir hørt, og at tilbakemeldinger blir fulgt opp. Samtidig skal systemene for virksomhetsstyring legge til rette for et strukturert og målrettet kvalitets- og forbedringsarbeid.

Tiltak og satsinger

- > Satse på å utvikle og rekruttere gode ledere på alle nivåer
- > Sørge for at organiseringen støtter opp om strategien og effektiv bruk av ressursene
- > Etablere og videreutvikle nødvendige strukturer for tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelingene ved Haraldsplass, i tett samarbeid med de ansatte
- > Øke kunnskapen om prosessorientert virksomhetsutvikling
- > Søke beste praksis for å lære av andre
- > Øke kjennskapen til lover og regelverk i helse- og omsorgstjenesten, og sikre rutiner og systemer for etterlevelse av bestemmelsene

6.5 Bemanning, utdanning og kompetanse

Mål 5

Haraldsplass skal rekruttere de rette medarbeiderne som brenner for pasienten. Haraldsplass skal være en arbeidsplass der alle bidrar og arbeidsmiljøet er inkluderende. Sammen med utdanningene skal vi utdanne morgendagens helsepersonell.

Medarbeiderne ved Haraldsplass er den viktigste ressursen vi har. Dette forutsetter at vi har et hensiktsmessig HMS-system, planlegger driften godt og evner å skape et godt arbeidsmiljø og en arbeidssituasjon medarbeiderne trives i. Dette skal skje i samarbeid med verneombud og de ansattes organisasjoner.

Utdanningsinstitusjonene er sentrale samarbeidspartnere for Haraldsplass. Sykehuset har med sin lokalsykehusprofil et stort volum av vanlige pasienter og er en viktig praksisarena for studenter. Ulike studentgrupper møtes på sykehuset og vi ønsker at Haraldsplass skal være et møtepunkt for studentene fra ulike fag. I rehabiliterte bygg er det planlagt sambruk med VID vitenskapelige høyskole, blant annet etableres en egen simuleringspost som skal brukes både av høyskolen og sykehuset. Felles møterom, kantine og bibliotek skal legge til rette for tett samhandling og nye prosjekter med høyskolen. Det opprettes et nytt sykehusapotek i tilknytning til felles arealer med VID og det er et ønske å få til et samarbeid med UiB om et studentdrevet apotek i disse lokalene.

Vi må utfordre oppgavedelingen mellom yrkesgrupper, noe vi har startet på gjennom vurderingspoliklinikken der vi har sett at fysioterapeuter kan bidra på nye måter. Vi ønsker gjennom oppbyggingen av bemanningssenteret gjør vi det lettere å skaffet godt kvalifiserte vikarer til flere deler av virksomheten. Dette skal utvikles til å håndtere flere ulike faggrupper.

å samarbeide med Høyskolen på Vestlandet om dette, men ser også for oss at studenter innen andre fag som design og teknologi kan ha sin praksis ved sykehuset.

Haraldsplass har tradisjonelt hatt første semester i klinisk del av medisinstudiet til UiB. Ny studieplan for medisinstudentene er etablert, og Haraldsplass sin rolle er under utvikling. I dag undervises det i geriatri, kirurgi, ortopedi og indremedisin ved sykehuset. Vi mener at vi framover har særlige forutsetninger for å bidra med grunnleggende kompetanse i pasientbehandling, journal skriving, undersøkelsesteknikk og kompetanse om den eldre multisyke pasienten.

Nye kommunikasjonsverktøy og økt behov for kommunikasjon med pasientene, gjør at kommunikasjons- og relasjonskompetanse blir stadig viktigere. Haraldsplass skal derfor sørge for nødvendig kompetanseheving blant medarbeiderne, og bidra til at behovet for ny kompetanse sikres gjennom utdannings- og opplæringsløp. Dette bør sees i sammenheng på at vi henter beste praksis fra våre samarbeidspartnere eller andre aktører som vi kan sammenligne oss med.

Nytt utstyr og ny teknologi vil også kreve ny kompetanse. Vi skal jobbe for at alle ansatte ved Haraldsplass skal ha en «grunnkompetanse» for å kunne bruke teknologi, samtidig som vi sikrer den digitale og teknologiske spisskompetansen der det er nødvendig. Den digitale satsingen skal imidlertid ikke fortrenge den fysiske relasjonskompetansen og medmenneskelig kontakt, men heller skape tid og rom for kompetanse med hjertevarme.

Det har vært liten utvikling i arbeidstidsordningene i vår sektor. Vi forventer at det vil skje mye på dette området de kommende årene. Spesielt vil vi tilstrebe å skape arbeidstidsordninger som skaper heltidsstillinger.

Tiltak og satsinger

- > Videreutvikle våre kirurgiske fagmiljø innenfor de områdene der vi har en kritisk masse pasienter og kompetanse
- > Sikre robuste fagmiljø blant legene innen de ulike indremedisinske spesialitetene
- > Revidere og forbedre kompetanse- og rekrutteringsplanene
- > Vedlikeholde og utvikle kompetanse, og sikre nødvendig praktisk trening
- > Sikre at alle medarbeidere har god grunnleggende teknologiforståelse som sikrer at vi kan ta ny teknologi raskt i bruk.
- > Bidra til innovasjon i utdanningene, i samarbeid med utdanningsinstitusjonene
- > Bidra til å skape en arena der studenter fra ulike profesjoner kan møtes på Haraldsplass
- > Utvikle simuleringsposten i samarbeid med VID vitenskapelige høgskole
- > Øke medarbeidernes kunnskap om pasientorientert kommunikasjon og relasjon, bruk av digitale verktøy og kontinuerlig forbedring

6.6 Forskning og innovasjon profilerer sykehuset som framoverlent og verdibasert

6.6a Forskning

Mål 6a

Haraldsplass skal ha gode forskningsmiljøer innenfor sykehusets kliniske fokusområder. Forskningen skal komme pasientene våre til gode og bidra til tjenesteinnovasjon.

Forskning er en av de fire hovedoppgavene til spesialisthelsetjenesten. Vi skal utføre forskning som kommer pasientene til gode. Satsingen skal også gjøre Haraldsplass til en enda mer attraktiv arbeidsgiver, og et naturlig valg av arbeidssted.

Gjennom vår strategi og de strategiske valgene i utviklingsplanen har vi tydeliggjort viktige satsingsområder for sykehuset. Forskningsaktiviteten skal derfor først og fremst omfatte de samme områdene, og bidra til å øke tjenestekvaliteten og profilere Haraldsplass ut mot både pasienter og samarbeidspartnere.

For at forskningsatsingen skal lykkes, er vi avhengige av å samarbeide godt med utdanningsinstitusjonene, helseforetakene, kommunene og andre forskningsmiljøer. Å bidra i satsingen rundt forskning og klinisk aktivitet ved Alrek helseklynge er derfor sentralt, i kombinasjon med andre samhandlingsarenaer og prosjekter.

Sykehuset vil legge til rette for forskning med hensiktsmessig infrastruktur, rutiner og samarbeid for å optimalisere tildelt forskningstid for våre ansatte. Vi skal ta i bruk elektroniske løsninger for datafangst av klinisk informasjon og andre pasientrelaterte data. Nye digitale verktøy skaper dessuten muligheter som Haraldsplass skal benytte både til forskningsformål og i behandlingen av

Sammen med økt satsing på egen forskning og tjenesteinnovasjon, skal bruk av forskningsbasert kunnskap i pasientbehandlingen ved Haraldsplass styrkes. av pasientbehandlingen ved Haraldsplass.

Tiltak og satsinger

- > Stimulere til bærekraftige miljøer på områder der vi i dag har forskning og omfattende klinisk virksomhet, som geriatri, indremedisin, palliasjon, og kne, skulder og colonkirurgi
- > Vi skal der det er fornuftig være med og prøve ut nye behandlingsmetoder
- > Benytte mulighetene Alrek helseklynge gir til felles forskningsprosjekter
- > Styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene, blant annet gjennom fellesarealer og samarbeidsprosjekter med VID
- > Legge til rette for forskningsaktivitet som gjør Haraldsplass til en mer attraktiv arbeidsgiver, og rekruttere forskere innenfor våre satsingsområder

6.6b Tjenesteinnovasjon

Mål 6b

Kultur for nytenking skal understøttes igjennom et system for å fange opp, videreforedle og sette de gode ideene ut i livet.

Nytenking blir stadig viktigere i helsesektoren, der behovet bare øker og øker, mens veksten i ressursene ikke kan øke tilsvarende på sikt. I dette bildet blir det enda viktigere å skape systemer og kultur for innovasjon. Vi skal skape innovasjon som kommer pasientene til gode.

Det er flere miljøer både nasjonalt, regionalt og lokalt som er god på innovasjon, og Haraldsplass har innledet samarbeid med flere av disse.

Samarbeid med kommuner og andre samarbeidspartnere blir viktig for å få til

initiativer som bidrar til sammenheng i tjenestene.

Haraldsplass ønsker å fokusere både på innovasjon knyttet direkte til pasientbehandlingen, men også på systeminnovasjon for å sikre at støttesystemer bidrar til helhetlig pasientbehandling på en ressurseffektiv måte.

Proessorientering og forbedring av helhetlige forløp skal prege arbeidet med tjenesteutviklingen. Vi må tilrettelegge for kompetanseutvikling både for ledere og ansatte på disse områdene.

Vi har tro på at en god forståelse av pasientenes behov kan være drivkraften i våre innovasjonsprosesser. Dette betyr mer samarbeid både med brukerutvalget, og pasienter og pårørende.

Tiltak og satsinger

- > Innovasjon rundt den eldre pasienten slik at den kan klare seg lengst mulig hjemme
- > Benytte mulighetene software-roboter gir for å automatisere oppgaver og eliminere dobbeltregistreringer
- > Skape arenaer der forbedring blir en naturlig del av hverdagen til alle medarbeidere
- > Jobbe med standardisering av pasientforløp både internt og med samarbeidspartnere som et verktøy for tjenesteinnovasjon
- > Gjøre resultater av behandlingen mer tilgjengelige for klinikerne
- > Utnytte mulighetene som nye poliklinikkarealer gir for å ta i bruk nye behandlingsformer
- > Utnytte ny teknologi og nye behandlingsformer til å støtte oppgaveglidning og riktig bruk av kompetanse

6.7 Økonomi og bærekraft

Mål 7

Haraldsplass skal sikre et forutsigbart og mangfoldig inntektsgrunnlag, bærekraftig drift og et økonomisk handlingsrom for fremtidige investeringer og satsinger

Haraldsplass må ha god økonomisk styring for å kunne utvikle og opprettholde gode tjenester.

De makroøkonomiske trendene, som tyder på høy aktivitet og strammere rammer, forventes å påvirke driften og økonomien til Haraldsplass. Befolkningens forventinger til stadig bedre kvalitet, samt den medisinske og teknologiske utviklingen vil påvirke og flytte grenser for det som er mulig å behandle. Dette betyr at vi må være forberedt på omstilling, og fokusere på mer effektiv ressursbruk og strengere prioriteringer.

Ved å utvikle våre styringsdata, i kombinasjon med økt kunnskap om økonomi og prioriteringer, skal dette bidra til at vi har et best mulig beslutningsgrunnlag til å ta de nødvendige valgene for å forbedre vår drift.

Som en stor aktør med ansvar for spesialisthelsetjenestene til en betydelig del av

innbyggerne i helseregionen, er det nødvendig at Haraldsplass har en tilstrekkelig og forutsigbar finansiering. I langtidsbudsjettene er det lagt til grunn at sykehuset fremover blir kompensert for vekst i aktivitet, slik som de andre sykehusene.

Fra 2022 og utover vil det være et stort behov for utskifting av medisinsk tekniske utstyr, både på grunn av levetiden til utstyret, men også grunnet medisinsk teknologisk utvikling.

Alle store investeringer i utstyr og bygg må ha gode planer for gevinstrealisering slik at det er mulig å hente ut effekten av investeringene.

Inntektsutviklingen til Haraldsplass og Helse Bergen knyttes nå tett opp mot hverandre og synliggjøres i HelseVest sin modell for tildelinger. Den vedtatte omleggingen av modell for tildeling av økonomiske rammer er avgjørende for vår evne til å planlegge for de utfordringene som den demografiske utviklingen forventes å gi for spesialisthelsetjenesten de kommende årene. Dette setter høyere krav til samarbeidet med Helse Vest og Helse Bergen for å sikre at de samlede ressursene i regionen forvaltes på best mulig måte.

Tiltak og satsinger

- > I samarbeid med Helse Bergen og Helse Vest finne gode økonomiske modeller som muliggjør god ressursutnyttelse og flyt av pasienter mellom Haraldsplass og Helse Bergen
- > Dialog med Helse Bergen om felles ressursutnyttelse, felles vaktordninger etc.
- > Øke bevisstheten og kunnskapen om økonomi hos alle ansatte
- > Øke bruken av økonomiske styringsdata, og styrke controller kompetanse
- > Utvikle effektive driftsmodeller i tilknytning til poliklinikker, operasjon og dagkirurgi.
- > Unngå kostbare investeringer ved å benytte kapasitet og løsninger hos andre aktører
- > Videreutvikle modeller for å definere og evaluere gevinstene for alle prosjekter som gjennomføres

6.8 Teknologi og utstyr

Mål 8

Haraldsplass skal raskt ta i bruk utprøvd teknologi og nytt utstyr på hele sykehuset slik at det skapes tid og rom for bedre møter mellom pasient og behandler.

Haraldsplass har valgt å legge seg tett opp til det regionale foretaket når det kommer til løsninger og drift innen IKT. Vi har likevel muligheter for å være langt fremme på IKT-området, gjennom å være rask til å ta i bruk nye løsninger og legge til rette for bruk av «lettvekts-IKT». Infrastrukturen i det nye sengebygget gjør det også enklere å teste og ta i bruk nye verktøy.

I kombinasjon med nye digitale verktøy innenfor sykehusets fire vegger, ønsker vi å utforske mulighetene den nye teknologi gir oss til å yte tjenester utenfor sykehusbygget. Det kan dreie seg om blant annet sensorteknologi, egenrapporterings-verktøy, timebestilling og flere telemedisinske løsninger. Slik kan vi gi pasientene bedre diagnostikk, behandling og oppfølging, samtidig som pasientene selv bidrar i behandlingen og opplever økt mestring av egen sykdom og situasjon. Kontroll og oppfølging bør etter hvert gjøres uten fysisk oppmøte dersom det finnes digitale og virtuelle løsninger som kan brukes i stedet.

Vi vil innføre teknologi som sikrer at pasientbehandlingen gir mindre ubehag og enklere forløp for pasientene. Vi er en aktør som allerede har kommet langt, blant annet inne endoskopisk kirurgi, men vi ønsker å ta steget videre til robotkirurgi. Vi ser også viktigheten av å innføre teknologi som gjør at inngrep som i dag fører til at pasienten må overnatte på sykehuset, i fremtiden vil kunne gjøres dagkirurgisk. Dette er også til det beste for pasienten.

Tiltak og satsinger

- > Ta i bruk nye løsninger gjennom Helse Vest, og være pilotsykehus der dette er hensiktsmessig
- > Bruke mulighetene i digitale verktøy slik at pasientene kun trenger å komme til sykehuset når det er strengt nødvendig
- > Utrede mulighetene for robotkirurgi
- > Analysere områder der bruk av software-roboter vil effektivisere arbeidsprosessene
- > Etablere et fundament for testing og bruk av nye «lettvekts-IKT-verktøy»
- > Satse på sensor- og egenrapporteringsverktøy for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter
- > Bidra inn mot regionale og nasjonale forum og råd knyttet til teknologi og utvikling

6.9 Bygg

Mål 9

Bygningsmassen skal være fleksibel, arealeffektiv og attraktiv, med muligheter for endring av funksjon og bruk av ny teknologi

I 2017 utarbeidet en tverrfaglig gruppe en ny arealutviklingsplan for Haraldsplass. Arealutviklingsplan 2030 bygger videre på strategien for sykehuset. Den understøtter derfor de ti utvalgte kliniske fokusområdene, og skal bidra til å nå målet om helhetlig pasientbehandling.

Felles for utviklingen av de kliniske fagområdene er behovet for oppdaterte og moderne fasiliteter, og tilstrekkelig areal og utstyr til å øke aktiviteten som planlagt. Det skal vi sikre gjennom bygging av nye og endring av eksisterende bygg, slik at både kvaliteten og volumet på tjenestene kan øke. I tillegg til det nye sengebygget vil det nye mellombygget gi store muligheter for forbedringer i arbeidsprosesser, pasientflyt og trivsel.

Selv om vi kan framskrive og forutse mye av aktiviteten, vil likevel endringer i blant annet behovet, medisinske metoder og tekniske muligheter gjøre det nødvendig å foreta

justeringer underveis. Byggene må derfor være fleksible, og planene må oppdateres parallelt med utviklingen.

I september 2018 tar sykehuset i bruk et moderne innovativt sengebygg på 14 200 kvadratmeter. Samtidig starter rehabilitering av eksisterende bygningsmasse, hvor det skal rehabiliteres lokaler til bla. nye poliklinikker, ny geriatrisk sengepost og poliklinikk, nytt simuleringssenter, møtesenter, kantine og kontorer. Til 2020 skal det bygges et mellombygg i forbindelse med dagens operasjonsstuer for fremtidig utvikling av operasjonsavdelingen. Innen 2022 skal stordelen av bygningsmassen være rehabilitert.

Når mange arealkrevende funksjoner flytter ut i nytt hovedbygg åpnet det seg nye muligheter. Olaviken, Helse Bergen, Bergen kommune, Sykehusapoteka Vest HF og VID vitenskapelige høyskole etablerer seg tettere på sykehuset. Samarbeidspartnerne har alle grensesnitt inn mot sykehusets virksomhetsområder slik at det kan utvikles nye samarbeidsformer og nye forløp på tvers av nivåer.

I et lengre perspektiv har vår eier planer for ytterligere nybygg på tomten, blant annet med tanke på nye lokaler for radiologi.

Tiltak og satsinger

- > Rehabiliter store deler av eksisterende bygningsmasse til poliklinikker
- > Reise Mellombygget og legge til rette for avansert kirurgi og god pasientflyt
- > Legge til rette for mer effektive prosesser gjennom fleksible arealer og god infrastruktur
- > Ivareta god estetikk i forbindelse med nybygg og rehabilitering, og sikre miljøvennlige løsninger
- > Bruke ny teknologi og god arealplanlegging til å forbedre smittevernet og pasientsikkerheten
- > Bruke fleksibiliteten og fasilitetene i det nye sengebygget til å forbedre driften for hele sykehuset
- > Nye lokaler for radiologi på lang sikt

6.10 Klima og miljø, samfunnsansvar

Mål 10

Miljøavtrykket til sykehuset skal reduseres, og pasienter og ansatte skal oppleve Haraldsplass som en miljøbevisst, samfunnsorientert og fremtidsrettet virksomhet

Haraldsplass er en døgntkontinuerlig arbeidsplass med høy aktivitet og utvikling. Sykehusdriften påvirker naturen gjennom utslipp til luft, vann og jord, og gjennom bruk av naturressurser til produksjon av ulike produkter.

Miljøarbeidet ved sykehuset skal bidra til å gjøre påvirkningen på miljøet så liten som mulig. Vi skal også forebygge mot helseproblemer som kan komme av forurensninger. Sykehusets miljømål og handlingsplan henger tett sammen med sykehusets overordnede planer, strategi og verdier. Satsingen knyttet til miljø er derfor gjennomgående i hele virksomheten.

Haraldsplass skal til enhver tid være oppmerksom på miljøaspektet knyttet til sykehusdriften. Vi skal jobbe kontinuerlig for å redusere den negative miljøpåvirkningen, og fremme nye tiltak og ny kunnskap for å ivareta og forbedre miljøet. Vi har arbeidet målrettet med å etablere og implementere miljømål og handlingsplan for det ytre miljø, og sykehuset ble miljøsertifisert etter ISO 14001 i 2017.

En viktig del av miljøarbeidet er knyttet til god miljøledelse. Miljøledelsen ved Haraldsplass består av en kontinuerlig syklus av å planlegge, gjennomføre, kontrollere og korrigere virksomheten og innsatsen, for å sikre at sykehuset forbedrer sin miljøprestasjon. Som en del av dette arbeidet er det opprettet en tverrfaglig miljøgruppe som rapporterer til sykehusets ledergruppe, og miljørådgivningen er en del av ledelsens årlige gjennomgang.

Tiltak og satsinger

- > Redusere innkjøp og forbruk av varer og tjenester med negativ miljøpåvirkning
- > Unngå bruk av engangsprodukter når andre hensiktsmessige alternativer finnes
- > Utvide samarbeid om miljøtiltak med ulike kliniske grupper og prosjekter på sykehuset
- > Tilrettelegge for miljøvennlig transport for ansatte og besøkende



SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
082/18	Plan- og miljøutvalet	PS	13.06.2018
	Ungdomsrådet	PS	
032/18	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	PS	27.08.2018
	Levekårsutvalet	PS	
026/18	Eldrerådet	PS	28.08.2018

Saksbehandlar	ArkivsakID
Hans Kristian Dolmen	14/7378

Reguleringsplan FV57 Gang- og sykkelveg Skodvin - Vågseidet - Framlegg til 1. gongs handsaming.

Vedlegg:

Regplan GSV FV57 Skodvin-Vågseidet Planskildring 151117Regplan GSV FV57 Skodvin-Vågseidet Føresegner 151117Regplan GSV FV57 Skodvin-Vågseidet Plankart R01-R05 151117Regplan GSV FV57 Skodvin-Vågseidet KU-plikt 011017Regplan GSV FV57 Skodvin-Vågseidet ROS-analyse 221217Fagrappport GeologiFagrappport GeoteknikkFagrappport KulturmiljøFagrappport NaturressursarFagrappport Nærmiljø og friluftslivFagrappport Økosystema i ferskvatnNotat - Konflikt med den trondhjemske postveg, alternative traseerNotat - Midlertidig bruk av Den Trondhjemske postveg som GS-vegRegplan GSV FV57 VA-rammeplan 161216VA G-010 Planteikning Profil 0-1250VA G-011 Planteikning Profil 750-2100VA G-012 Planteikning Profil 0-750

Rådmannen sitt framlegg til vedtak

I medhald av plan- og bygningslova § 12-10, vedtek Plan- og miljøutvalet å leggje framlegg til reguleringsplan for FV57 Gang-og sykkelveg Skodvin Vågseidet, planID 1263-, ut til høyring og offentleg ettersyn.

1. Plandokumnetta kan leggjast ut utan særkilte vilkår.
2. Perioden for høyring og offentleg ettersyn i perioden 20.6.2018 – 20.8.2018.

.....

Plan- og miljøutvalet - 082/18

PM - behandling:

Prosjektleder Kjersti Myre frå Statens vegvesen orienterte i saka. Rådmannen sitt framlegg vart samrøystes vedteke.

PM - vedtak:

Innstilling i PMU - 13.06.2018:

I medhald av plan- og bygningslova § 12-10, vedtek Plan- og miljøutvalet å leggje framlegg til reguleringsplan for FV57 Gang-og sykkelveg Skodvin Vågseidet, planID 1263-, ut til høyring og offentleg ettersyn.

1. Plandokumnetta kan leggjast ut utan særkilte vilkår.
2. Perioden for høyring og offentleg ettersyn i perioden 20.6.2018 – 20.8.2018.

.....

Saksopplysningar:

Politisk handsaming

Saka skal til uttale i Eldreråd, Råd for menneske med nedsett funksjonsevne og Levekårsutvalet.

Saka skal til innstilling i Plan- og miljøutvalet.

Bakgrunn (Planskildringa s.3-4)

«Planarbeidet gjeld etablering av tilbod for mjuke trafikantar langs fylkesveg 57 frå Skodvin til Vågseidet. Strekninga er på om lag 3,2 km. Vegen har ei fartsgrense på 80 km/t med unntak av to strekningar ved Skodvin skule og Vågseidet, der fartsgrensa er 60 km/t.

Årsdøgntrafikken (ÅDT) er i overkant av 4000 køyretøy, med ein del tunge køyretøy (13 %).

Sør for planområdet er Skodvin knytt til Konglevoll med ein 1,4 km lang gang- og sykkelveg. Denne ligg på austsida av fv. 57. Nord for planområdet, mellom Vågseidet og Lindås tettstad, går (i tillegg til fv. 57) fv. 398 Fjellangersvingane (gamlevegen). Denne vegen kan nyttast av gåande og syklande då trafikkmengda her er låg og fartsnivået er på eit akseptabelt nivå. Frå Lindås tettstad vidare nordover til Mongstad er det sett i gang arbeid med reguleringsplan for å vidareføre gang- og sykkeltilbodet.

Skodvin skule er i dag ein privat montessoriskule med om lag 70 elevar. Skulebarna er ei viktig målgruppe for tiltaket.

Planen skal sikre god kopling mot tilgrensande vegnett for mjuke trafikantar. Ved Skodvin skule er det planlagt ei gangbru for planfri kryssing av fv. 57, slik at gang- og sykkelvegen frå Konglevoll koplast saman med den nye gang-sykkelvegen i dette prosjektet.

- *Utbetring av kryss og avkøyrslar, og sanering av nokre avkøyrslar på fv. 57 er naudsynt og er ein del av tiltaket*
- *Utbetring av busshaldeplassane som ikkje innfrir krava i gjeldande normalar er inkludert i planen og det skal etablerast gangtilkomst mellom haldeplassane og gang- og sykkelvegen*

- Det er og lagt inn forslag om etablering av ein kommunal parkeringsplass i tilknytning til Skausnøya friluftsområde.

Effektmål for tiltaket er:

- Separat tilbod for gåande og syklende
- Trafikksikker veg i samsvar med krav til utforming gitt i handbok N100
- Utbetring av kryss og avkøyrslar, og sanering av avkøyrslar
- Bidra til å auke sykkelandelen til 8 % jf. Nasjonal Transportplan (NTP)

Den Trondhjemske postvei (postvegen) grensar til tiltaket. Planen skal sikre postvegen som kulturminne og leggje til rette for betre tilkomst til postvegen.

I teikningsheftet og på planteikningane er profilnummereringa delt i to. Første del strekkjer seg frå Skodvin skule til Løtveit (gnr./bnr. 99/7). På denne strekninga blir det ikkje endringar på fylkesvegen. Profilar på denne strekninga vert i planskildringa og føresegnene skrive med ein a før profilnummereringa (Pr. a0- a2100). Frå Løtveit til Vågseidet vert bokstaven b nytta (Pr. b0-b1250).

Planarbeidet utløyser ikkje krav om konsekvensutgreiing og planprogram, jf. Forskrift om konsekvensutgreiing §2 og §3, sjå KU-notat vedlegg nr. 16.

Gjennomføring av planarbeid

«Statens vegvesen Region vest legg fram forslag til reguleringsplan for utbygging av gang- og sykkelveg langs fv. 57 frå Skodvin til Vågseidet i Lindås kommune jf. plan- og bygningslova §12-10.

Statens vegvesen utarbeider og fremjar utkast til reguleringsplan, i tillegg til å melde oppstart av planen. Lindås kommune er planstyresmakt og har ansvar for den formelle handsaminga av planforslaget.»

Tilhøve til overordna plan og retningslinjer

Planarbeid skal kome i møte ulike statlege og regionale føringar og mellom anna skal dette arbeidet ta omsyn til:

- Rikspolitiske retningslinjer for barn og unge og universell utforming
- Nasjonale mål for kulturminne og kulturmiljø og verneplan for vegar
- Regionale rammer for folkehelse, kultur, klima og energi, transport og vassregion

Kommuneplan

Kommuneplanens samfunnsdel (KPS 2017) har som styringsverktøy ei rekkje mål og strategiar for samfunnsutviklinga i Lindås. Dette framlegget til reguleringsplan kan vere med på å byggje opp under fleire av desse, mellom anna:

Tema 3 Attraktive nærmiljø

Me vil ha gode, trygge og aktive nærmiljø som fremjar



god helse

Leggje til rette for spreidd busetnad og mindre byggjefelt i heile kommunen (Strategi 32)

Sikre trygg ferdsel for barn og unge frå bustadområde til skular og andre aktivitetar i nærmilja (Strategi 34)

Tema 5 Klima og miljø

Me vil utvikle eit samfunn som er meir klima- og miljøvennleg og energieffektivt

Utvikle naudsynt infrastruktur slik at fleire skal kunne nytte miljøvennlege transportmedel (Strategi 55)

Me vil ha ei samfunnsutvikling som er berekraftig og tilpassa klimaendringane

Byggje ut infrastrutur som legg til rette for mjuke trafikanter (Strategi 59)

Tema 6 Livsmeistring og fellesskap

Me vil at innbyggjarane i Lindås kommune opplever god livskvalitet og meistring i eigen kvardag

Utvikle nærmiljø, arenaer og møteplassar som sikrar at alle kan delta og høyre til (Strategi 72)

Arbeide for at alle har like moglegheiter til å delta på kultur-, aktivitets- og fritidstilbod (Strategi 73)

Fremje folkehelse og styrke førebyggjande arbeid i alle sektorar (Strategi 76)

Tema 8 Samfunnstryggleik og beredskap

Vi skal ivareta innbyggjarane sin sikkerhet og tryggleik, og på den måten redusere risiko for tap av liv eller skade på helse, miljø, materielle verdiar og kritisk infrastruktur

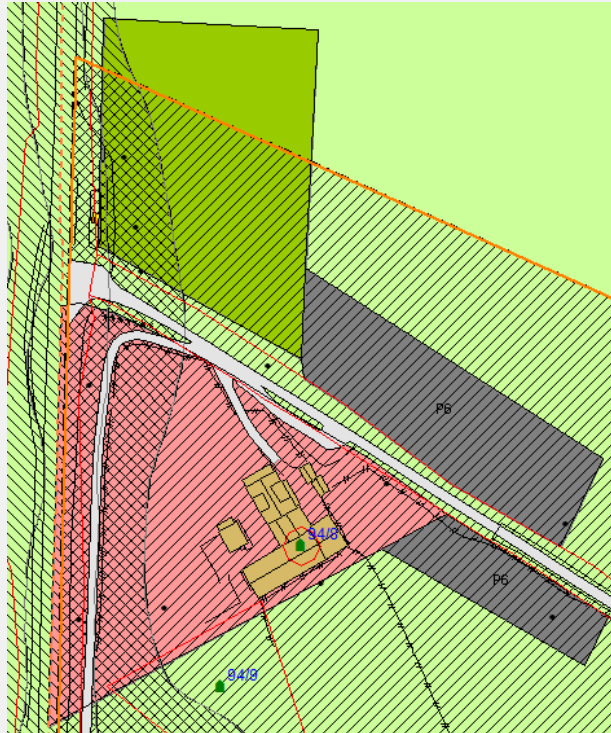
Arbeide systematisk og heilskapleg med samfunnstryggleik i samfunnet generelt (Strategi 94)

Kommuneplanens arealdel (KPA 2011) har som styringsverktøy rammer for arealbruk og krav til funksjonar innan for planlagde område. Det føreslegne planområdet er eksisterande

veganlegg med omsynssone knytt til støy. Støysona er i all hovudsak LNF-område. Vidare er planområdet innan for omsynssone for nedslagsfelt til industrivassforsyning heilt i nord (Ajurset-, Eids-, Tykkheller- og Austevatn samt Skodvinvassdraget) og sjølve skuleområdet i sør.

Arealbruksføremål og føresegn

Areala innan for planområde kring Skodvin skule er offentleg, parkering og idrettsanlegg. Det er to omsynssoner som dekker området, støy og landbruk.



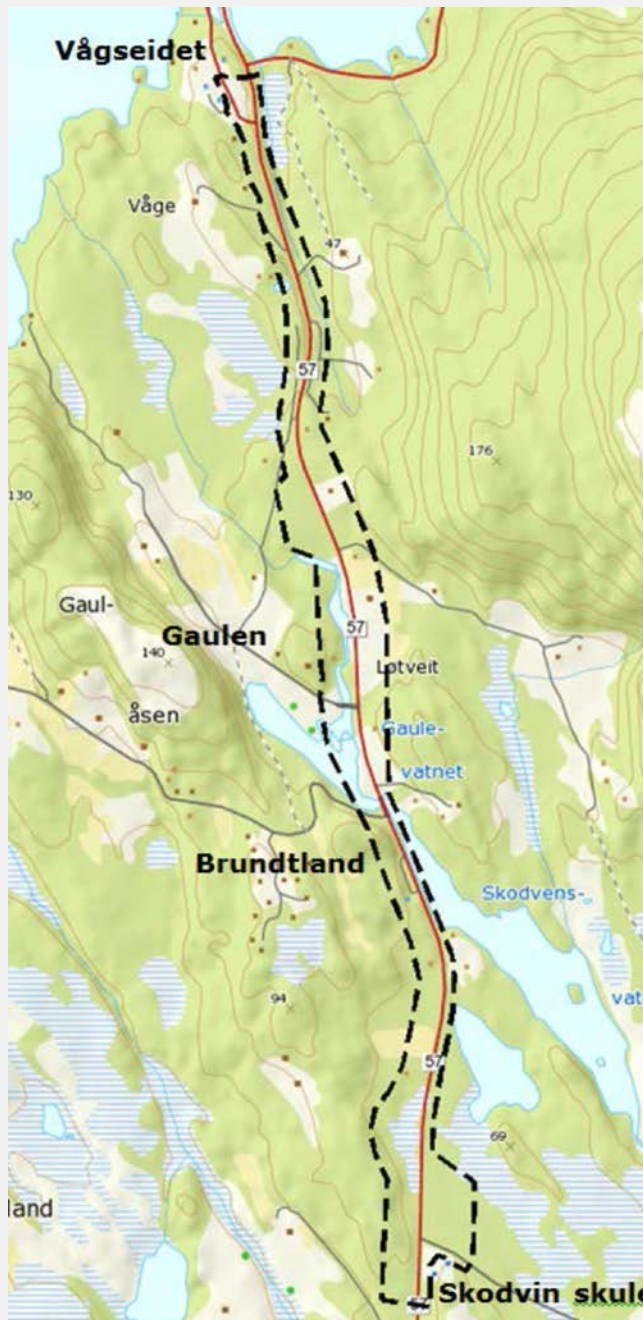
Utsnitt KPA 2011-2023 – Skuleområdet

Areala innan for planområde kring Vågseidet er LNF. Plangrensa følgjer rett utanfor dei to næringsområde som ligg i KPA. Dei to omsynssoner gjeld støy og KDP Lindåsosane.



Utsnitt KPA 2011-2023 - Vågseidet

Framlegg til plan



Planområde (oppstart 2015) strekk seg frå Skodvin skule til Vågseidet, ei strekning på o lag 3,2km. Område vart i 2017 noko utvida heilt i sør og nord.

Det er utarbeida et fylldig grunnlagsmateriale for framlegget til plan. Det gjeld fleire fagrapportar over ulike plantema. Me tar opp nokre av dei nedanfor. Sjå elles planskildringa for samandrag av dei ulike plantema

Skildringa av dagens situasjon kring planområdet (s.10-29) syner ingen overraskingar. Det er etablerte tilhøve langs ein fylkesveg der samanhengande tilbod til mjuke trafikantar manglar.

Skildringa av framlegget til plan (s.30-51) syner at trafikktryggleik vert tatt på alvor og at tilhøva for mjuke trafikantar forbetra. Vidare er det plan for utbetringar av avkøyrslø, busshaldeplass og parkering.

Det er utarbeidd ein VA-rammeplan for prosjektet. Føremålet og målsetjinga med denne er for det fyrste å sikre handtering av overflatevatn langs veganelgget. For det andre gjeld førebygging av ureining. Arbeidet vil gå langs brønnar, vatn og vassdrag og seinare er det å sikre desse i tilfelle det skulle skje uønska hedningar på vegen.

Planframlegget er todelt i så måte at det frå Skodvin skule til Nord for Gaulenvatnet vert det bygd GS-veg vest for FV57. På del 2 vert FV57 flytta mot aust.

Verknadar av plan (s.52-60) vil etter planen forbetra tilhøva for mjuke trafikantar om det er skuleelevar eller forbipasserande i vesentleg grad. Utbetringar knytt til avkøyrslø og kryss vil monleg gjere strekninga meir trafikksikker for alle typar trafikantar. ved gjennomføring

Gjennomføring av plan (s.62-69) vil skje når strekninga er finansiert i regional transportplan (RTP), mao. inne på invetseringsprogrammet for fylkesvegar. Det er i detalj skildra korleis tema som mellom anna støy, vibrasjon og luftforureining vert handtert i anleggsperioden.



Fagrapportar – Plantema

Til grunnlag for framlegget til plan er det utarbeida fleire fagrapportar knytt til særskilte plantema.

Administrasjonen vil peike på nokre av desse:



Kulturmiljø

Der er nokre ulike registreringar innan for eller tett opp til planområde som gjeld kulturminne og kulturmiljø. Det sentrale elementet i området er uansett «Den Trondhjemske Postveg». Planområdet rører ved del av traséen som ligg i Nasjonal verneplan for veg. Det er utarbeida eige notat i høve til postvegen og alternativ for 2 konkrete konfliktpunkt.

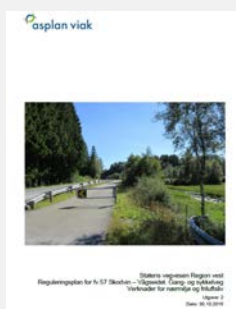
Sjå rapporten (s.12-21) for skildring og vurdering av dei ulike kulturminne og –miljø. Framlegg til tiltak i høve til dette plantema finn ein på s.22.



Ferskvatn og vassdrag

Fagrapport syner ikkje raudlisteartar eller verneverdige tihøve i planområdet. Det er likvel viktig å peike på at største negative påverknaden på artar er generelle arealendringar. Når det gjeld vatn og vassmiljø er det særleg konkrete tiltak som tørrlegging av bekkeløp, drenering og fylling av massar som er uheldig. Det er vidare peika på at moglegehetn for fiskevandring er viktig. Ved gjennomføring er tilslamming og tilførsel av finsediment særleg viktig å unngå.

Som utgangspunkt førset ein at VA-rammeplan for anlegget skal fange opp avrenning frå vegen som kan ha skadeverknad for vassmiljøet. Ein skal arbeide for å overhalde dei miljømåla som ligg for Vassregion Hordaland.



Nærmiljø og friluftsliv

I høve til nærmiljø peiker rapporten på at samanhengande GS-veg knyter bygda saman og gjev eit trygt alternativ for ferdsel mellom bustad, skule, butikk og ungdomshus.

I høve til friluftsliv vil gjennomføringa av plan gje auka og tryggare tilkomst til innfallsportar til frilufts- og turområde.

