

Styresak

Dato dok.:	08.06.2023	Administrerende direktør
Møtedato:	23.06.2023	
Vår ref.:	21/10088-35	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	Handlingsplan for oppfølging av evalueringsrapport Rapport fra evaluering av pandemihåndtering covid-19	

Sak 59/23 Handlingsplan for oppfølging av rapport fra evalueringen av covid-19-pandemien

Ahus har i 2021-22 gjennomført en evaluering av foretakets håndtering av covid-19-pandemien. Hovedmålet har vært å fremme læring og forbedring, slik at sykehuset kan stå bedre rustet til å håndtere en lignende situasjon i fremtiden.

Evalueringen, som er utført av Deloitte og foretaksrevisjonen, har omfattet 10 evalueringsspørsmål. Hovedinntrykket er at Ahus samlet sett har håndtert pandemien på en god måte. Rapporten pekte på nærmere 40 forbedringspunkter. En tverrfaglig arbeidsgruppe med deltakere fra arbeidstaker- og arbeidsgiversiden har i 2023 gjennomgått og vurdert hvordan forbedringspunktene bør følges opp.

Sykehusledelsen har etter dette vedtatt vedlagte handlingsplan med prioriterte tiltak.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar rapport og handlingsplan til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Tema	Anbefalinger	Allerede gjennomført	Bør følges opp	Bekrivelse
		Ja/nei	Ja/nei	- Hvis gjennomført: beskriv - Hvis nei: begrunne - Hvis ja: forlag hvordan, frist, ansvar
1. I hvilken grad var planverk, organisering og strukturer for styring og ledelse av pandemien på plass og hvordan ble behovet for tilpasninger ivaretatt?	Ahus bør sørge for at det etableres en felles forståelse for beredskapsplanlegging i samtlige deler av organisasjonen og for de ulike stillingskategorier, og hvordan ledelsen ved sykehuset følger dette opp. Herunder gjennomgå egen beredskapsorganisasjon inkludert roller, ansvar og myndighet med mål om å sikre god styring og samhandling i tilfeller der sykehuset er i beredskap over tid.	Nei	Ja	- Vi anbefaler å sette ned en arbeidsgruppe som skal se på opplæring i beredskap (E-læring, Nyansattprogram, Ny som leder), vurdere hva som finnes, hva bør oppdateres og hva mangler, samt hva skal/bør legges inn som krav i kompetanseportalen (overordnet/ lokalt, sentrale funksjoner/roller) - Arbeidsgruppen bør minimum bestå av personell fra HR, Beredskapsleder, DDT/smittevern Vernetjenesten, samt nivå 4 ledere både sykepleier og lege <i>Frist: 30. september 2023</i> <i>Ansvar: N2 Fagdirektør</i>
		Ja	Nei	Når det gjelder å gjennomgå egen beredskapsorganisasjon inkl. rolle etc. så vurderer utvalget at dette ikke er nødvendig
	Ahus bør innarbeide de trinnvise planer som er utarbeidet for styring av kapasitet ved langvarig krise/pandemi i den ordinære beredskapsplanen. I planverket bør det klart fremgå planer for kortvarige kriser/hendelser og kriser av langvarig karakter.	Nei	Ja	- Vi har trinnvise planer for styring av kapasitet i linjeorganisasjonen. Vi mener at disse planene ikke skal innarbeides i det ordinære planverket, men legges som relatert - Relateres til ved revisjonen 1. mars 2023 - Det bør jobbes med å beskrive vekslingspunkter mellom beredskap og ordinær drift
	Ahus bør iverksette en dimensjonert bemanningsplanlegging og opplæring i beredskaps-	Ja	Ja	- Planverk er utformet - Triggerbasert opplæring bør testes ut i full skala. Tidspunkt bør sees i sammenheng med arbeidet med fagressursgruppe Intensiv.

	sammenheng for å sikre en mer fleksibel personellbase som er forberedt til å bidra på kort varsel ved en pandemi ved intensivavdelingen. Dette gjelder leger, sykepleiere, pleiemedhjelpere mv.			Driftsutvalget har også utarbeidet plan for økning av intensivplasser, der 18 ansatte frivillig er med i ordningen
	Ahus kan vurdere om beredskap i sterkere grad bør inngå i intern ledelsesutvikling - det er mange nivåer som skal samspille og forventninger til utøvelse av lederskap kan i større grad tydeliggjøres.	Nei	Ja	- Dette punktet ses i sammenheng med punkt 1 - Bør ha inn noe mer om ansvarsutveksling i krisehåndtering i lederutviklingsprogrammet <i>Frist/ansvar: som punkt 1.1</i>
	Ahus kan med fordel evaluere roller, ansvar og myndighet til beredskapsorganisasjonen i relasjon til linjeledelsen.	Ja	Nei	- Må følges opp fra hendelse til hendelse - Viktig med kultur, og særskilt dette å snakke om vekslingspunkter av ansvar mellom beredskapsledelsen og linjeledelsen - En tydelig beskrivelse av roller, ansvar og myndighet til beredskapsorganisasjonen bør inngå i arbeidet med å oppdatere innholdet i «Ny som leder» og/eller en egen lederopplæringsmodul knyttet til beredskap <i>Frist/ansvar: som punkt 1.1</i>
2. Hvordan ble behovene for å tilpasse og styre behandlingskapasitet ivarettatt, herunder	Ahus kan vurdere å utarbeide planer for hvordan akuttinntaket skal utformes og tilpasses ved fremtidige pandemier med allmenn farlig smittsom sykdom.	Ja, delvis	Ja, pkt. 2, 3 og 4	- Det er begrenset nytte å utarbeide detaljerte planer da ingen pandemier er like. Vi planlegger ofte for den siste pandemien, men den neste blir som regel av en annen karakter. Det er viktig er å bygge på erfaringer og basere planverket på flere scenarioer - Det pågår en oppdatering av planverket som har vært i bruk i pandemien og det sikres at erfaringer og mulige fremtidige scenarier tas inn i dette arbeidet - Gjennomgang av smitterom, team, sluser og kommunikasjon som opplevdes ikke fungert optimalt under pandemien. Hvilke forbedringer kan gjøres?

lokaler, mottaksområder, poliklinikker og senger?				<i>Ansvar: N2 Medisinsk divisjon</i> <i>Frist 31.12.2023</i> DFM har et pågående arbeid med å utarbeide et tiltakskort for etablering av sluser i sykehuset <i>Ansvar: N2 DFM</i> <i>Frist 01.06.2023</i>
	Ahus bør vurdere nærmere hva som er forsvarlig bemanningsfaktor og kompetansesammensetning ved kriser.	Ja	Ja, pkt. 1	- Tydeliggjøring mellom beredskaps- og linjeorganisasjonen, hvem tar hvilke beslutninger og på hvilket tidspunkt – inngår i punkt 1.1 om opplæring - Delpersonellplanlegging – pågår revisjon - Nasjonal veileder for pandemi bør legge til grunn med bemanningsløsninger – minimum - Covid-19 trinnvise planer revisjon 2023. Revisjon i 2024 til mer generisk for luftveisvirus <i>Frist/ansvar: ivaretas av øvrige punkter i planen</i>
	Ahus bør utarbeide en helhetlig plan for omdisponering av leger under kriser som en pandemi.	Nei	Ja	- Viktig med forventningsavklaringer – hva er behovet og hvordan sikre mobilisering av personell til de ulike oppgaver. Hva og hvordan kan dette håndteres? - Det henvises til tiltak foreslått i arbeidsgruppene «omdisponering» og «kommunikasjon». <i>Frist/ansvar: ivaretas av øvrige punkter i planen</i>
	Ahus bør arbeide med å sikre en mer helhetlig forståelse for viktigheten av kohortorganisering, og etablere en plan for rekkefølgebestemmelser for fremtidig arealdisponeringer.	Ja	Nei	Dette er innarbeidet i covid-19 planverket og det er ikke behov for ytterligere detaljering av kohortorganisering av pasienter.
	Ahus kan vurdere å utarbeide planer for fleksibel oppbemanning av sykehusets intensivkapasitet tilpasset en pandemisituasjon.	Ja	Nei	- Revidert covid-19 trinnvis plan 2023 med henvisning til «Handlingsplan for behov for økt kapasitet av intensiv og overvåkningsplasser opptil 34 plasser» EQS id 31898 - Etablert fagressursgruppe for understøtte bemannings- løsninger for å kunne øke kapasiteten på Intensiv - Viktig med et godt etablert samarbeid mellom de ulike helseforetakene

	Ahus bør vurdere å etablere en «pandemilab» for en mer helhetlig arbeidsprosess under kritiske situasjoner som pandemi.	Nei	Ja	- Viktig med en helhetlig plan som beskriver behovet og avhengigheter for de ulike fagområder som berøres av en pandemi. - Fremtidig robusthet ift omdisponering av bemanning og areal. Formålstjenlig å vurdere tiltakskort innenfor lab. - Samarbeidsavtaler mellom laboratorier i regionen - Nasjonal veileder for pandemi bør legges til grunn - Erfaringer fra pandemien tas inn i det videre arbeidet <i>Ansvar: N2 DDT</i> <i>Frist: innen utgangen 2023</i>
3. Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell ivare tatt, herunder bruk av kompetanse og ressurser hos personell som har arbeidet fra hjemmekontor?	Dersom frivillig omdisponering skal iverksettes ved fremtidige pandemier, bør Ahus sørge for at berørte ledere og medarbeidere har kunnskap om vedtak og retningslinjer, og at de forstår hva frivillighet innebærer.	Forsøks vis løpende under pandemien	Ja	Klargjøre materiell før fremtidig hendelse. Det bør i «fredstid» utarbeides klargjørende informasjon til ledere og ansatte omkring frivillighetsbegrepet og omdisponering med tanke på lov, avtaler og praksis. <i>FRIST: 30.09.23</i> <i>ANSVAR: N2 HR</i>
	Ahus bør utarbeide klarere retningslinjer for ansvarsforhold knyttet til omdisponering.	Delvis	Ja	Det bør utarbeides en beskrivelse av ansvarsforholdene tilknyttet avgivende og mottakende leder ved omdisponering som lenkes til beredskapsplanverk og aktuelle tiltakskort (obs dagens ulikhet mellom intensiv og sengeområder) Dette bør sees i sammenheng med delplan personellplanlegging. <i>FRIST: 30.09.23</i> <i>ANSVAR: N2 HR</i>
	Ahus kan etablere beredskapsrutiner for økende grad av ambulerende og digitale behandlingsløsninger.	Delvis	Ja	Ahus mangler prinsipper og beredskapsrutiner for utvidet bruk av digitale løsninger og ambulerende behandlingsløsninger, her er divisjonsvise ulikheter. Dette bør lages overordnede planer, som synliggjør muligheter, med eksempelvis pre-definerte oppgaver og arbeidsflyter som kan egne seg til dette, der det lar seg gjøre. <i>FRIST: 31.12.23</i> <i>ANSVAR: N2 DDT</i>

				Videreutvikling av samarbeid med kommunehelsetjenesten og utvikling av helsefelleskap. <i>FRIST: 31.12.23</i> <i>ANSVAR: N2 Fagdirektør</i>
	Ahus kan i større grad legge til rette for hybride arbeidsformer der dette er hensiktsmessig.	Delvis	Ja	Administrativt ok • Policy for fjernarbeid • Forskrift for hjemmekontor Hjemmekontor/Laptop tilgjengeliggjort for enkelte grupper klinisk personell. «Hybride arbeidsformer» (måter å arbeide på) er for beredskapssituasjoner omtalt over. <i>Frist/ansvar: ivaretas av øvrige punkter i planen</i>
4. Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelige legemidler og utstyr ivaretatt, herunder smittevernutstyr for ansatte?	Ahus bør vurdere å styrke reservekapasitet innenfor basalt smittevernutstyr og at det skapes større muligheter til å få tidsriktig tilgang til relevant smittevernutstyr ved pandemier.	Nei	Ja	Foretaket må risikovurdere og definere hvilket beredskapsnivå som ønskes på basalt smittevernutstyr hos forsyningssenteret eller nasjonalt lager. Per i dag er det et nasjonalt lager som har 3 måneders forbruk lagret. <i>Ansvar: N2 Økonomi</i> <i>Frist: 30.09.23</i> Foretaket må risikovurdere om det skal investeres i ytterligere volumer på flergangsutstyr (tøyfrakker, tøyetter, smittehjelmer) som kan benyttes dersom tilgangen på engangsutstyr blir dårlig. <i>Ansvar: N2 Økonomi</i> <i>Frist: 30.09.23</i> Foretaket må i samarbeid med Sykehusapoteket gjennomføre risikoanalyse og beslutte nivå på lokalt beredskapslager på legemidler. <i>Ansvar: N2 Fagdirektør</i> <i>Frist: 30.09.23</i> Diagnostisk kapasitet med tilhørende forbruksmateriell bør inkluderes i risikoanalysene, og må inngå i beredskapsplanverket.

				<i>Ansvar: N2 DDT</i> <i>Frist: 31.12.23</i> Arbeidsgruppen har ikke sett på beredskap knyttet til medisinsk teknisk utstyr.
	Ahus bør i større grad gjennomføre ROS-analyser knyttet til smittevernutstyr, MTU, medikamenter og hvordan sikre tidsriktig tilgang til dette.	Nei	Ja	Arbeidsgruppen mener at det bør gjennomføres ROS analyser på disse områdene, og analysene oppdateres i et gitt tidsintervall for å fange opp utvikling i markedet og andre ting som kan ha endret seg. Dette bør hvor relevant utføres som grunnlag for vurdering av beredskapslagre. <i>Frist/ansvar: ivaretas av øvrige punkter i planen</i>
	Ahus bør utarbeide en spesifikk beredskapsplan for hvordan det skal sikres forsyninger i en pandemi.	Nei	Ja	Overlapper med flere av de andre punktene i denne tabellen. Generelt må forsyning ivaretas av HSØ/Forsyningssenteret for alle sykehus som ikke har egne lagre. I tillegg bør det gjøre en vurdering av hvilket utstyr det kan etableres egen produksjon av i Norge i hvilket tidsperspektiv, og hvilke produkter man er helt avhengig av å få levert fra andre. <i>Frist/ansvar: ivaretas av øvrige punkter i planen</i>
	Lagerordningen ved Ahus bør gjennomgås med henblikk på beredskapsmessig forsvarlighet, og det kan vurderes å etablere rullerende lagre.	Nei	Ja	Det vil ikke være mulig å etablere betydelige lagervolumer på Ahus, og alle nye sykehus i HSØ bygges uten egne sentrallager. Arbeidsgruppen tenker det kan være fornuftig å undersøke om det er mulig å etablere et lokalt beredskapslager med 3 dagers forbruk av basalt smittevernutstyr (i tillegg til de lokale lagrene som finnes rundt omkring på sykehuset). Innkjøpsavdelingen og logistikkavdelingen vil se på hvor mye plass et slikt lager vil kreve, og om det er realistisk å finne plass til dette i de lokale foretakene har til rådighet per i dag. Smittevernutstyr går ut på dato, så det må lages system for rullering på et eventuelt lokalt lager. <i>Ansvar: N2 Økonomi</i> <i>Frist: 30.09.23</i>

	Ahus bør initiere en prosess for fordeling av smittevernutstyr regionalt og nasjonalt basert på risikovurderinger og potensielt smittetrykk.	Nei	Ja	Foretaket må jobbe inn mot HSØ for å få på plass at det lages klare kriterier for fordeling av utstyr. Disse kriteriene må sørge for at de sykehusene som har det største pasienttrykket også får mest utstyr, og at det ikke kan hamstres utstyr i sykehus som ikke har behov der og da. Det er HSØ, inklusive Forsyningssenteret i HSØ, i samarbeid med regional fagdirektør som bør initiere og lede arbeidet med å få på plass et system for prioritering til neste pandemi. Ahus bør løfte saken inn i fagdirektørmøtet i HSØ. <i>Ansvar: N2 Fagdirektør</i> <i>Frist: 31.12.2023</i>
5. Hvordan ble medvirkning fra pasienter og ansatte ivarettatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?	Ahus bør vurdere å organisere faste møter mellom beredskapsledere, driftsutvalg, vernetjeneste og tillitsvalgte i prosesser og beslutninger under langvarige kriser.	Nei	Nei	- Sykehusledelsen vurderer at strategisk beredskapsledelse bør videreføres slik den er organisert og med de deltakere som inngår i dag. Dette gjelder både for kortvarige og lengre beredskapshendelser. - Det er et særlig behov for gode medvirkningsarenaer ved langvarige kriser. Praksis som ble etablert under C-19 pandemien, med dialogmøter opp til 3 ganger pr uke og ved behov foreslås videreført.
	Ahus bør vurdere å gjennomføre en prosess hvor ledelsen og tillitsvalgte avklarer forventninger, mulighetsrom og fordeler med et konstruktivt samarbeid under krisesituasjoner.	Nei	Ja	- Arbeidsgruppe for medvirkning er påstartet i juni 2022 (styrevedtak i 2021) og at forbedringer på dette området inkluderes i den prosessen. - Trinn 3: Arbeidet med medvirkning inntreffer ved krisesituasjoner og bør sikres bedre i fremtiden. Dette bør tas inn i beredskapsplanverket. <i>Ansvar: N2 Fagdirektør</i> <i>Frist: 31.12.2023</i>
	Ahus bør ved potensiell oppgaveglidning eller omrokking av personell involvere de tillitsvalgte for rask og smidig gjennomføring.	Nei	Ja	- Utarbeide Veileder som inkluderer sjekkliste for ansvars- og oppgavedeling og omfordeling av personell ved krise/kritiske driftssituasjoner - Utarbeides i samarbeid med FVO og FTV ved de store organisasjonene og evalueres jevnlig <i>Ansvar N2 HR</i> <i>Frist: 31.12.2023.</i>
	Ahus bør vurdere å legge til rette for evalueringer og erfaringsutveksling under langvarige kriser for å sikre	Nei	Ja	- Ledere nivå 3, 4 og 5 legger til rette for å innføre en kort «status, evaluering, forbedringer og erfaringer fra ansatte» ved en langvarig krise - Resultatene følger opp hos ledere nivå 2

	kontinuerlig forbedring og direkte tilbakemeldinger fra nivå 3, 4 og 5.		Nei Nei, dette er på plass	<i>Ansvar mal og system for gjennomføring: N2 HR.</i> <i>Frist: 30.09.2023</i> Informasjon og tilbakemeldinger fra ansatte: • Det har vært lansert behov for en teknisk løsning (app) hvor ansatte kan gi direkte tilbakemeldinger til leder. • Ahus utvikler ikke slike verktøy selv, dette må bestilles fra Sykehuspartner og prioriteres opp mot andre IKT-investeringer • DDT anbefaler ikke en slik løsning. Ovenstående malbaserte løsning vurderes som tilstrekkelig • Sende sms og epost til å kommunisere raskt og effektivt til ansatte. Sms som ble sendt fra adm. direktør oppleves som positivt. Bør sendes regelmessig. • Bruk av infoskjermer for informasjon og forbedringer
6. Hvordan ble pasientsikkerhet og pasientrettigheter fulgt opp og ivaretatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?	Ahus bør vurdere å styrke arbeidet med å følge opp pasientsikkerhet ved situasjoner som en langvarig pandemi, herunder vurderinger av konsekvenser som kan følge av en pandemi der pasienter på grunn av kapasitet ikke får den behandling de normalt ville fått.	Ja, men ikke fullt ut systematisert	Ja	• Lage Ahus overordnet prosedyre for håndtering av pasientrettigheter og pasientsikkerhet ved kapasitetsutfordringer med underpunkt for spesielle hendelser. Se EQS prosedyre ID 31077 • Utarbeide en mal for hvordan slike vurderinger skal dokumenteres ved en langvarig beredskapshendelse <i>Ansvar: N2 Fagdirektør</i> <i>Frist: 30.09.23</i>
	Ahus bør styrke arbeidet med å sikre at pasientsikkerhet og -rettigheter er tilstrekkelig og systematisk vurdert og utredet for pasientgrupper som blir berørt av nedtrekk av aktivitet.			Lage Ahus overordnet prosedyre for håndtering av pasientrettigheter og pasientsikkerhet ved kapasitetsutfordringer med underpunkt for spesielle hendelser. Se EQS prosedyre ID 31077 <i>Frist/ansvar: ivaretas av øvrige punkter i planen</i>
	Ahus bør sørge for å ha klare planer for hvordan behandlingsetterslep blir hentet			Lage Ahus overordnet prosedyre for håndtering av pasient rettigheter og pasientsikkerhet ved kapasitetsutfordringer med underpunkt for spesielle hendelser. Se EQS prosedyre ID 31077 <i>Frist/ansvar: ivaretas av øvrige punkter i planen</i>

	igjen for å motvirke risiko for uforsvarlighet for pasientgrupper /enkelpasienter.			
	Ahus kan utarbeide planer for aktivitet som bør skjermes.	Ja	Nei	Legeforeningens fagmedisinske foreninger har laget prioriteringsråd i forbindelse med koronavirus-epidemien Linken bør legges inn i beredskapsplanverket og gjøres kjent for personalet <i>Ansvar: N2 Fagdirektør</i> <i>Frist: 1.6.23</i>
7. Hvordan ble helse, miljø og sikkerhet for ansatte fulgt opp og ivare tatt?	Ahus bør i større grad være oppmerksom på ansattes psykiske og fysiske arbeidsmiljø og proaktivt sette inn forsterkede støttetiltak for personell som er utsatt for unormalt store påkjenninger og belastninger i en langvarig pandemisituasjon.	Ja	Ja	Gjennomført: Tilbud om forsterkede støttetiltak: Bedriftshelsetjenesten (BHT), Liason teamet, ekstern leverandør. Intensiv, postoperativ avdeling, medisinsk overvåking, akuttmodtaket evt. flere. Ved behov for covid19 områdene. Lunsjmøter for ledere i regi av ressurser fra HR og BHT. BHT hadde telefonkontakt med ansatte i karantene/isolasjon. Utvidet sjekkliste for HMS runden med punkt for å sikre tilstrekkelig informasjon om smittevern, verneutstyr. Tiltak: Gå igjennom beredskapsplanene på foretaksnivå for å tydeliggjøre HMS- og personalperspektivet i beredskapsplanene. Ved oppdatering av prosedyrer ta med dette perspektivet i aktuelle prosedyrer. ROS vurderingen opp mot forsterkede støttetiltak. <i>Ansvar: N2 Fagdirektør, med bistand fra HMS og HTV</i> <i>Frist: 01.12.23</i>
	Ahus bør være særlig oppmerksom på behovene for å ivareta og forebygge mulige senvirkninger for ansatte som under pandemien har opplevd store psykiske og fysiske påkjenninger.	Ja	Ja	Gjennomført: Iverksatte tiltak for å redusere den psykiske belastningen, der det var identifisert og vurdert var ikke et tilbud for alle. Forslag til tiltak: • Det har vært lansert behov for en teknisk løsning (app) hvor ansatte kan gi direkte tilbakemeldinger til leder. Ahus utvikler ikke slike verktøy selv, dette må bestilles fra Sykehuspartner og prioriteres opp mot andre IKT-investeringer DDT anbefaler ikke en slik løsning. Ovenstående malbaserte løsning vurderes som tilstrekkelig (se punkt over) • Gjennomgå beredskapsplanene, sikre HMS perspektivet i de.

				Se på muligheten for å etablere tiltak i allerede etablerte arenaer for å sikre muligheten for å redusere emosjonell belastning. <i>Ansvar: N2 HR, med bistand fra HVO</i> <i>Frist: 01.12.23</i>
	Ahus bør etablere et system som sikrer at ansatte som smittes i en pandemi registreres i relevante registre.	Ja	Ja	Gjennomført: Avviksregistrering i EQS, registrering av sykefravær med egen kode for covid relatert sykefravær og har (P360), for melding av ansatte som har blitt smittet på jobb. I P360 ligger også et eksponeringsregister (registrering av ansatte som etter ROS vurdering er vurdert som smittet på jobb). Tiltak: Etterstrebe å etablere et søkbart arbeidstakerregister for biologiske faktorer/covid (dette avhenger av nasjonalt prosjekt som pågår i regi av Helse Sør-Øst). <i>Ansvar: N2 HR</i> <i>Frist: 31.12.23</i>
8. Hvordan vaksinestrategi en har fungert?	Ahus bør sikre at kunnskap om og rasjonale for vaksinestrategi formidles til de ansatte slik at denne blir forstått i organisasjonen.	Ja	Ja	Gjennomført: Gått ut i lederlinjen som har videreformidlet ut i linjen. Tiltak: - I større grad bruke informasjonsskjermer. (Ansvar kommunikasjonsavdelingen.) - Sende ut SMS fra GAT med kritisk informasjon i de tilfellene det er aktuelt. - Krav til å tilby medarbeidere med annet morsmål språkopplæring/kurs for å tilrettelegge og sikre at alle ansatte kan forstå all informasjon. <i>Frist/ansvar: ivaretas av øvrige punkter i planen</i>
	Ahus kan i større grad sørge for fortløpende innspill, vurderinger og tilbakemeldinger for grupper/kategorier av ansatte som ikke erfarer seg godt nok ivaretatt.	Ja	Ja	Gjennomført: Innspill, vurderinger og tilbakemeldinger er via lederlinjen. Ikke etablert eget system utover dette. <i>Tiltak: Ivaretas av lederlinjen.</i>

	Ahus bør gjennomføre grundigere kartlegging av hvilke grupper som burde prioriteres for vaksine.	Ja	Nei	Gjennomført: Alle avdelinger har utført ROS analyse. Tiltak: - ROS analysene lagres i P360 i henhold til prosedyre. - Prosedyre bør oppdateres etter ROS og erfaring fra pandemien.
9. Hvordan ble utfordringer knyttet til arbeidet med kommunikasjon internt håndtert?			Ja	Utarbeide en sjekkliste/rutine for uforutsette hendelser som medfører informasjonsbehov hos ansatte. Den skal ta opp ansvar, riktig «timing» og samordning av budskap, rutiner, sentrale virkemidler, aktuelle kanaler, og er ment å fange opp alle de tre spørsmålene under. <i>Ansvar: N2 Kommunikasjon</i> <i>Frist: 30.09.2023</i>
	Ahus bør sikre at ledere innenfor kritiske områder i sykehuset i forbindelse med en pandemi, har tidsriktig tilgang til sykehusledelsen for å bedre informasjonsdeling og situasjonsforståelse.			Sikre dialog og gjensidig utveksling av informasjon og synspunkter ut fra etablerte strukturer og ansvars- og oppgavefordeling: - Kommunikasjon i lederlinjen – skriftlig og muntlig - Faglig kommunikasjon på tvers av divisjoner og avdelinger - Beredskapsmøter mellom strategisk og operativ nivå, og mellom beredskapsledelse og aktuelle fagfunksjoner - Kapasitetsmøter ved kapasitetsutfordringer og iverksettelse av tiltakskort - Dialogmøter med tillitsvalgte og verneombud sentral og lokalt - Annet
	Ahus bør gjennomgå eksisterende kommunikasjonsplan og sørge for tilstrekkelig kapasitet for å sikre tidsriktig relevant informasjon fra overordnet nivå til de ansatte. Informasjon som spres i ulike kommunikasjonskanaler bør kvalitetssikres slik at ansatte får lik informasjon uavhengig av kanal. Relevant informasjon bør sikres sendt så snart som mulig på effektive plattformer.	-	-	Sykehusledelsen har et særskilt ansvar for å velge ut og tydeliggjøre viktige og omforente budskap i slike situasjoner, ut fra det som er besluttet. I aktuelle situasjoner er det viktig med gode og forståelige skriftlige budskap. Kommunikasjonsdirektør og kommunikasjonsavdelingen har et ekstra ansvar for koordinering av budskap og videre formidling. Intranett må være en hovedkilde for kvalitetssikret felles budskap. Lokale nyhetsbrev, infoskjermer mm videreformidler hovedbudskap og setter inn i lokal sammenheng for oppfølging der. Vurdere behov for ekstra ressurser og tiltak som callsenter, forsterket sentralbord mm

	Ahus bør forbedre kommunikasjonen til alle ansatte også når medarbeidere befinner seg utenfor sykehuset (felles SMS mm).	-	Ja, er i gang.	SMS i ved nye hendelser eller viktig ny utvikling - ikke for ofte. «Hva skjer – hvor finner jeg mer info etc.?» Egen medarbeiderinformasjon ahus.no – oppdatert og samordnet med informasjonen på intranett. <u>På gang i 2023:</u> Nytt intranett i skyløsning tilgjengelig på mobiltelefon skaper nye muligheter også utenfor jobb. M365/teams skaper nye muligheter for målrettet og kommunikasjon og kjapp skriftlig dialog, også utenom jobb
10. Hvordan ble informasjon og samhandling med kommuner, andre foretak og eier ivare tatt?	Ahus bør detaljere planer om samarbeid i kriser både med kommuner, andre foretak og RHF.	1. Kommuner 2. Andre foretak og HSØ	1.Ja 2.Nei	1. Kommuner Hva har vi som regulerer samarbeidet under en pandemi? a) Samarbeidsavtale; Samhandlingsavtaler - Akershus universitetssykehus (ahus.no)Retningslinjer ved store smittevernsituasjoner og massevaksinasjon.pdf (ahus.no) b) Møtearenaer; Erfaringer vi har med koronapandemien viser at arenaer vi har i helsefellesskapene med hhv Osloaksen og de øvrige 21 kommunene har fungert godt. Nivå 2 i samarbeidsaksen med kommunene, Administrativt samarbeidsutvalg(ASU) har fungert godt fordi man økte møtehyppigheten etter behov- på det mest intense ble det avholdt møter hver 14. dag. Fagråd Beredskap og smittevern fungerte som et driftsmøte for Smittevern Ahus og kommuneoverleger. Dette ble over tid krevende for de involverte, og man etablerte etter hvert et underutvalg, Koronamøte. Osloaksen hadde sin møtearena jevnlig for Oslo sykehusene, inkludert Ahus, bydeler og etater i Oslo. Møttes cirka hver 14. dag under pandemien. I tillegg ble de øvrige arenaer også benyttet til pandemiinformasjon/utveksling. FORSLAG: • Benytte eksisterende arenaer og videreutvikle samarbeidet • Lage en kommunikasjonsplan for å sikre at informasjon fra kommunene deles i organisasjonen. <i>Ansvar: N2 Fagdirektør, I samarbeid med kommunikasjon</i> <i>Frist: medio juni 2024.</i> • Løpende arbeid i helsefellesskapene

			Vurdere behov for en egen samarbeidsavtale mellom Ahus og kommunene for pandemi og langvarig krise <i>Frist: innen 31.12.23</i> 2. Andre foretak og HSØ – Hva har vi som regulerer samarbeidet? Samarbeid med andre sykehus i hovedstadsområdet: Ekstraordinære kapasitetsmøter initiert og ledet av OUS. Behov for å evaluere og lage en plan for gjennomføring og opplegg for disse møtene. Samarbeid med andre sykehus i HSØ og nasjonalt. Ahus erfarte at det var behov for flytting av personell. Det antas at «Regional plan for beredskapsmessig personellplanlegging - Revidert oktober 2021» dekker mye her. HR på Ahus har ansvar og jobber med å oppdatere den som pt gjelder EQS 33042. Hva har HSØ som regulerer samarbeidet? • Avtaler • Diverse møtearenaer • Fagdirektørmøte • Administrerende direktørs møter • Ad- hoc-møter • Regionalt beredskapsutvalg Eksisterende møtearenaer må benyttes i størst mulig grad!
	Ahus bør utarbeide planer for hvordan samhandlingsaktører, på tvers av helse- og omsorgstjenesten, kan håndtere et stort antall pasienter og utnytte felles kapasitet.		FORSLAG: • Lage plan for dialog med HSØ om funnene i rapporten. Den viser behov for et overordnet planverk om koordinering av ressurser og samarbeid i en langvarig krise. Områder som bør ses på er personell (nasjonal fordeling av personalressurser etter behov), utstyr, samarbeid mellom foretak, kommunikasjonsplan, lønnsavtaler og møtearenaer. Det er trolig avgjørende at eier leder arbeidet. <i>Ansvar: N2 Fagdirektør</i> <i>Frist: innen 01.11 2023</i> • Internt ved Ahus bør det lages en plan for informasjon til ansatte og ledere, slik at vi er godt «rustet» i møte med eksterne og samtidig sørger for god informasjon til våre ansatte.

Ansvar: N2 Kommunikasjon, i samarbeid med Driftsutvalget legger frem et forslag til SHL.

Frist: innen 31.12.23

- Lage en «verktøykasse for pandemi/kriser» hvor alle tiltak som kan benyttes og deles publiseres på hhv Kommunikasjon/intranett og på Kompetansebroen. Det kan være prosedyrer, beslutningsstøtteverktøy for leger, veiledning (e-læring, film, pp), nødvendig kontaklinformasjon mv.

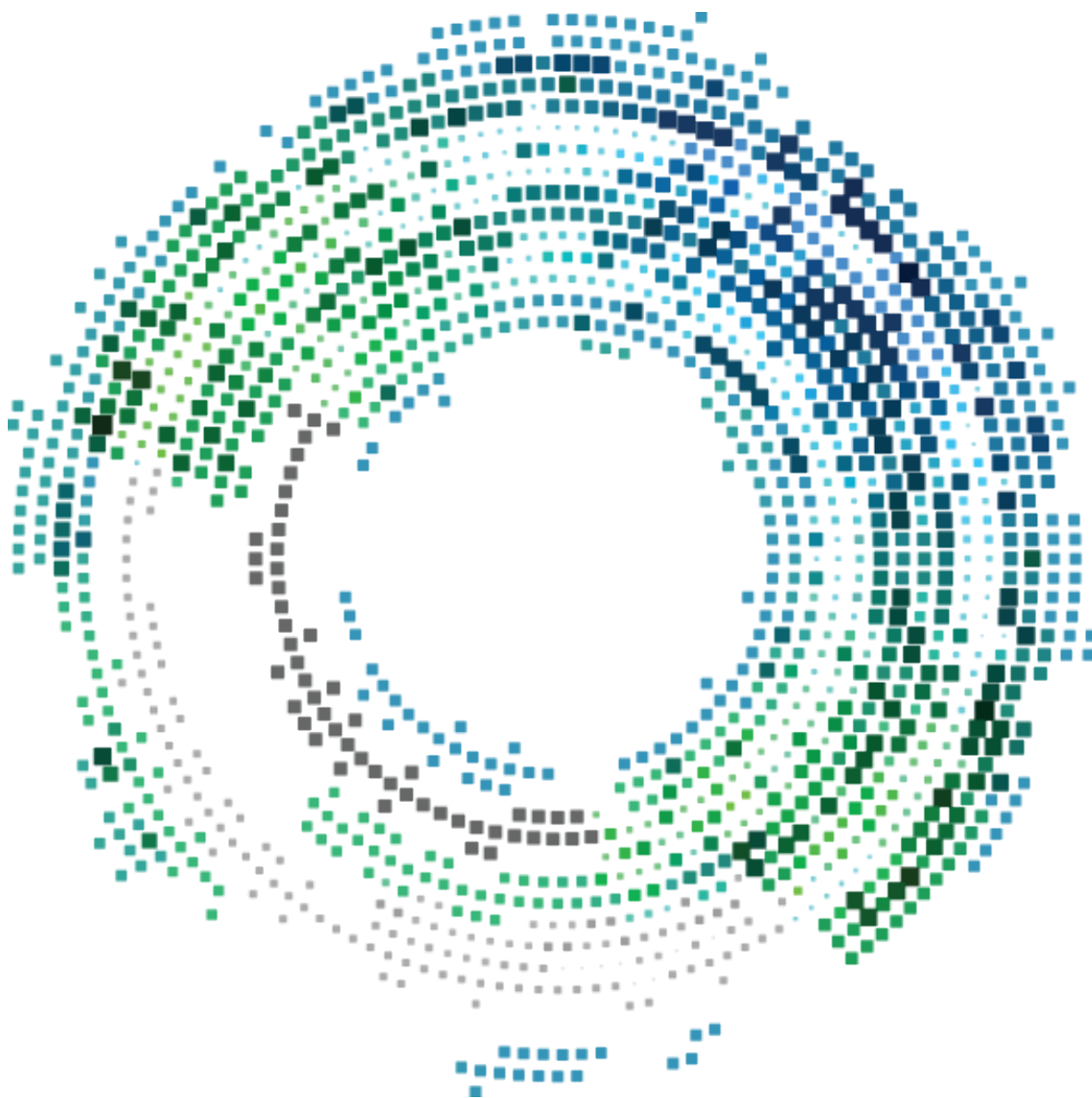
Ansvar: N2 Fagdirektør. Her anbefales et samarbeid mellom Kommunikasjon, Kompetansebroen og Samhandlingsavdelingen.

Frist: innen juni 2024

- Vurdere å ta initiativ til et samarbeid med Prehospital klinikk om muligheter og tettere samarbeid om blant annet konfereringsrutiner og økt beslutningsstøtte

Ansvar: N2 Fagdirektør

Frist: innen 01.10.23



Evaluering av Ahus sin håndtering av covid-19 pandemien

Oktober 2022, Deloitte AS

Forord

Evaluering av Ahus sin håndtering av covid-19 pandemien er gjennomført av Deloitte AS på oppdrag fra Akershus universitetssykehus HF. Fra Deloitte AS: Lene Lunde (prosjektleder), Svein Tore Kristiansen, Nora Valen og Stein Ove Songstad. Fra Akershus universitetssykehus: Anette Karine Dehli og Karl-Helge Storhaug.

Evalueringen har vært gjennomført i perioden september 2021 –september 2022.

Evalueringsteamet vil takke ansatte som har deltatt i intervjuer og spørreundersøkelse.

Oslo, 14.10.2022

Stein Ove Songstad

Ansvarlig partner Deloitte AS

Svein Tore Kristiansen

Partner Deloitte AS

Innhold

Sammendrag	4
1 Innledning	10
1.1 Formål	10
1.2 Organisering av arbeidet	10
1.3 Metode	11
1.4 Kildekritikk	13
1.5 Leserveiledning	13
2 Planverk, organisering og strukturer for styring og ledelse	16
2.1 Evalueringskriterier	14
2.2 Beredskapsorganisasjonen ved Ahus før pandemien	19
2.3 Ledelses- og styringsstruktur	22
2.4 Vurderinger	26
3 Behandlingskapasitet	30
3.1 Evaluerings kriterier	30
3.2 Lokaler	30
3.3 Mottaksområder	31
3.4 Poliklinikker	33
3.5 Senger	33
3.6 Vurderinger	34
4 Tilstrekkelig og kvalifisert personell	36
4.1 Evalueringskriterier	36
4.2 Omdisponering og rekruttering av personell	36
4.3 Innlån og rekruttering av personell fra andre foretak og bransjer	39
4.4 Bruk av hjemmekontor	39
4.5 Vurderinger	42
5 Legemidler og utstyr	44
5.1 Evalueringskriterier	44
5.2 Smittevern og smittevernutstyr	44
5.3 Vurderinger	48
6 Medvirkning fra pasienter og ansatte	50
6.1 Evalueringskriterier	50

6.2	Ansattes medvirkning i prosesser og beslutninger gjennom pandemien.....	51
6.3	Pasienters medvirkning i prosesser og beslutninger gjennom pandemien	51
6.4	Vurderinger	52
7	Pasientsikkerhet og pasienrettigheter	53
7.1	Evalueringskriterier	53
7.2	Prioriteringer gjennom pandemien	55
7.3	Konsekvenser for pasienter uten covid	56
7.4	Vurderinger	60
8	Helse, miljø og sikkerhet	61
8.1	Evalueringskriterier	61
8.2	Arbeidsmiljø ved Ahus under pandemien	62
8.3	Psykososialt arbeidsmiljø	63
8.4	Lederstøtte og informasjon til de ansatte	65
8.5	Arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte.....	65
8.6	Omfang av ansatte som har blitt smittet av covid-19 og registrering i arbeidstakerregisteret	66
8.7	Vurderinger	66
9	Vaksinestrategi	68
9.1	Evalueringskriterier	68
9.2	Vaksinestrategi og gjennomføring	69
9.3	Medarbeidernes oppfatning av vaksinestrategien	70
9.4	Vurderinger	72
10	Kommunikasjon	73
10.1	Evalueringskriterier	73
10.2	Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler	73
10.3	Kommunikasjon mellom sykehusledelse, divisjon og klinikkledere, driftsutvalg og beredskapsledelse	74
10.4	Vertikal kommunikasjon.....	75
10.5	Horisontal kommunikasjon	75
10.6	Vurderinger	76
11	Samhandling	77
11.1	Evalueringskriterier	77
11.2	Samhandlingsavtaler med kommuner	77
11.3	Samhandling med regionale helseforetak og andre helseforetak og eier	80
11.4	Vurderinger	81

Sammendrag

Formål og bakgrunn

Formålet med evalueringen har vært å vurdere hvordan Ahus har håndtert covid-19-pandemien. Evalueringen har hatt fokus på grunnleggende forhold ved pandemiplanlegging som fremgår av de nasjonale faglige rådene for pandemiplanlegging i helseforetak fra høsten 2019¹. Det er tatt utgangspunkt i hva som var på plass av beredskap i form av planverk, organisering og strukturer for å møte en pandemisituasjon, og søkt å gi svar på hvordan sykehuset har håndtert skiftende forutsetninger og tilpasninger i behovene for behandlingskapasitet, personellressurser, legemidler og utstyr, smittevernregime og test-/analysekapasitet.

Evalueringen har omfattet disse evalueringsspørsmålene:

- I hvilken grad var planverk, organisering og strukturer for styring og ledelse av pandemien på plass og hvordan ble behovet for tilpasninger ivaretatt?
- Hvordan ble behovene for å tilpasse og styre behandlingskapasitet ivaretatt, herunder lokaler, mottaksområder, poliklinikker og senger?
- Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell ivaretatt, herunder bruk av kompetanse og ressurser hos personell som har arbeidet fra hjemmekontor?
- Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelige legemidler og utstyr ivaretatt, herunder smittevernutstyr for ansatte?
- Hvordan ble medvirkning fra pasienter og ansatte ivaretatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?
- Hvordan ble pasientsikkerhet og pasientrettigheter fulgt opp og ivaretatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?
- Hvordan ble helse, miljø og sikkerhet for ansatte fulgt opp og ivaretatt,
- Hvordan vaksinestrategien har fungert?
- Hvordan ble utfordringer knyttet til arbeidet med kommunikasjon internt håndtert?
- Hvordan ble informasjon og samhandling med kommuner, andre foretak og eier ivaretatt?

Evalueringen har ikke omfattet vurdering av virkningene som beslutninger om endringer i aktivitet har hatt for berørte pasientgrupper, men avgrenset til å se på hvordan Ahus har sørget for å vurdere dette underveis i håndteringen av pandemien.

Et viktig formål med evalueringen har vært å fremme læring og forbedring. I evalueringen pekes det på mulige forbedringsområder og fremmes anbefalinger til tiltak. Den er søkt å løfte frem positive sider ved pandemihåndteringen og hva som har fungert godt.

Evalueringen bygger på en systematisk innsamling av data, analyse og vurdering. Evalueringsteamet har samlet inn data gjennom skriftlig dokumentasjon, intervjuer, spørreundersøkelse, og kvalitative data fra ledersamling og evaluerings-lab. Kvalitative data fra intervjuer, workshop, fritekstsvaer og dokumenter er i den grad dette har vært mulig analysert og sammenstilt mot svarene fra spørreundersøkelsen. Statistikk fra spørreundersøkelsen er brukt for å synliggjøre omfanget av hvordan ulike respondentgrupper svarer på en påstand.

¹ [Pandemiplanlegging - Helsedirektoratet \(statsforvalteren.no\)](https://statsforvalteren.no)

Hovedfunn og mulige forbedringer

Evaluators hovedinntrykk er at Ahus samlet sett har håndtert pandemien på en god måte. 87 % (n=2557) av respondentene i spørreundersøkelsen gjennomført i forbindelse med evalueringen, har samme oppfatning.

Nedenfor gjøres det kort rede for hovedfunn og mulige forbedringer for hvert av evalueringsspørsmålene som er undersøkt:

1. I hvilken grad var planverk, organisering og strukturer for styring og ledelse av pandemien på plass og hvordan ble behovet for tilpasninger ivarettatt?

Før utbruddet av covid-19 hadde Ahus ikke utarbeidet risikoanalyser og konkretisert tiltak som tok høyde for en pandemi selv om et slikt scenario, nasjonalt, var vurdert som en høy risiko med relativt store konsekvenser. Beredskapsplanene var overordnede og i mindre grad egnet til å håndtere utbruddet av en pandemisk influensa med det omfang vi nå kjenner. Beredskapsplanverket var verken operasjonalisert eller tilpasset pasientgrunnlaget, både når det gjelder størrelse og demografi, og i varierende grad kjent blant de ansatte i forkant av pandemien.

Etter innledende uker med pandemi utarbeidet driftsutvalget trinnvise planer for å sikre planmessige og koordinerte endringer i sykehuset som følge av pasienttilstrømningen av covid-19-pasienter innenfor prioriterte områder som intensiv- og overvåking, sengearealer til covid-19 pasienter og akuttmottaket. Sykehusledelsens bruk av driftsutvalget har bidratt til hensiktsmessige løsninger for å håndtere en uforutsigbar tilstrømming av pasienter. Driftsutvalget sikret både tilstrekkelig forankring og representerte bredden av kompetanse som var nødvendig for å anbefale relevante løsninger til sykehusledelsen.

Selv om tilnærmingen til beredskap ved Ahus før pandemien var innrettet mot kortvarige kriser/ situasjoner ved sykehuset og mangelfull sett i forhold til en langvarig pandemi, har man etter mars 2020 klart å designe og implementere en beredskapsordning, hvor beredskapsledelsen (dvs. operativ ledelse) fortløpende vurderte behovene for å gå i beredskap. Dette gjorde det mulig å styre Ahus sin virksomhet under den langvarige pandemien innenfor de forutsetninger som lå til grunn for driften. Dette har sikret beredskap gjennom tilstrekkelig opp og nedskalering og å holde driften på et høyere nivå for pasienter som ikke var rammet av covid-19 enn om sykehuset kontinuerlig skulle vært i beredskap. Det har også bidratt til at Ahus har klart å prioritere innenfor de ressurser og rammeforustener som forelå, og samtidig redusere uønskede virkninger ved en uunngåelig skjevfordeling mellom beredskapssituasjon og ordinær drift.

Tilbakemeldinger på hvordan ledelsen har fungert gjennom pandemien synliggjør behovet for at ledere er mer synlig i en krisesituasjon. Lederstrukturene og samhandling på enhetsnivå synes i hovedsak å ha fungert bra. Svarene fra spørreundersøkelsen viser at de ansatte i hovedsak føler seg trygge og at det er et klima for å ta opp kritikkverdige forhold. Evalueringen viser en forskjell på tvers av divisjoner og klinikker i hvilken grad ansatte opplever at ledere har vært opptatt å ivareta den enkeltes behov under pandemien. Lavere nivå rapporterer at kommunikasjonslinjer til divisjons- og klinikkledere og sykehusledelsen kunne vært bedre.

Mulige forbedringer:

- Ahus bør sørge for at det etableres en felles forståelse for beredskapsplanlegging i samtlige deler av organisasjonen og for de ulike stillingskategorier, og hvordan ledelsen ved sykehuset følger dette opp. Herunder gjennomgå egen beredskapsorganisasjon inkludert roller, ansvar og myndighet med mål om å sikre god styring og samhandling i tilfeller der sykehuset er i beredskap over tid.
- Ahus bør innarbeide de trinnvise planer som er utarbeidet for styring av kapasitet ved langvarig krise/pandemi i den ordinære beredskapsplanen. I planverket bør det klart fremgå planer for kortvarige kriser/hendelser og kriser av langvarig karakter.

- Ahus bør iverksette en dimensjonert bemanningsplanlegging og opplæring i beredskaps-sammenheng for å sikre en mer fleksibel personellbase som er forberedt til å bidra på kort varsel ved en pandemi ved intensivavdelingen. Dette gjelder leger, sykepleiere, pleiemedhjelpere mv.
- Ahus bør sørge for at sentrale læringspunkter nedfelt i Ahus sitt svar til koronakommisjonen følges opp gjennom en handlingsplan.
- Ahus kan vurdere om beredskap i sterkere grad bør inngå i intern ledelsesutvikling - det er mange nivåer som skal samspille og forventninger til utøvelse av lederskap kan i større grad tydeliggjøres.
- Ahus kan med fordel evaluere roller, ansvar og myndighet til beredskapsorganisasjonen i relasjon til linjeledelsen.

2. *Hvordan ble behovene for å tilpasse og styre behandlingsskapasitet ivaretatt, herunder lokaler, mottaksområder, poliklinikker og senger?*

Sykehuset har siden 2017 hatt handlingsplaner ved akutt overbelegg og kapasitetsutfordringer med tilhørende tiltakskort. Tiltakskortene har vært iverksatt ved behov. De trinnvise planene som etter pandemiens start ble utarbeidet for å styre og tilpasse behandlingsskapasitet, bygger på handlingsplan og tiltakskort for akutt overbelegg og kapasitetsutfordringer. De trinnvise planene har bidratt til forutsetninger for å gjennomføre raske endringer i opp og nedskalering av behandlingsskapasitet når dette har vært nødvendig. Eksisterende bygningsmasse ved Ahus er ikke tilpasset håndtering av en pandemi. Før pandemien hadde ikke Ahus utarbeidet en beredskapsplan for tilpasning av eksisterende bygningsmasse og andre virkemidler for å øke arealer til bruk for pasientbehandling. Dette berørte bl.a. mottaksområdene og laboratoriet. Ahus har klart å tilpasse relevante arealer til skiftende forutsetninger innenfor et kort tidsrom etter pandemiens start.

Mulige forbedringer:

- Ahus kan vurdere å utarbeide planer for hvordan akuttmottaket skal utformes og tilpasses ved fremtidige pandemier med allmenn farlig smittsom sykdom.
- Ahus bør vurdere nærmere hva som er forsvarlig bemanningsfaktor og kompetansesammensetning ved kriser.
- Ahus bør utarbeide en helhetlig plan for omdisponering av leger under kriser som en pandemi.
- Ahus bør arbeide med å sikre en mer helhetlig forståelse for viktigheten av kohortorganisering, og etablere en plan for rekkefølgebestemmelser for fremtidig arealdisponering.
- Ahus kan vurdere å utarbeide planer for fleksibel oppbemanning av sykehusets intensivkapasitet tilpasset en pandemisituasjon.
- Ahus bør vurdere å etablere en «pandemilab» for en mer helhetlig arbeidsprosess under kritiske situasjoner som pandemi.

3. *Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell ivaretatt, herunder bruk av kompetanse og ressurser hos personell som har arbeidet fra hjemmekontor?*

Kvalifisert personell er en forutsetning for å håndtere en pandemi. I første bølge, med økt tilstrømming av covid-19-pasienter, ble det utarbeidet en modell for omdisponering av personell for å bemanne akuttmottak, covid-sengeområder, intensiv og overvåkingssenheter. Ansvar for å identifisere personell som kunne omdisponeres ble lagt til nærmeste leder. Det var forutsatt at dette skulle foregå i dialog med de ansatte. Omdisponering skulle så langt det lot seg gjøre være basert på frivillighet. 37 % av respondentene som har vært omdisponert er ikke enig i at omdisponeringen har vært frivillig. Manglende forståelse og dialog mellom ledere og ansatte samt opplevd press er momenter som går igjen i svar fra ansatte som har opplevd at omdisponering ikke var frivillig. Gjennom intervju og spørreundersøkelse går det frem at det har vært noen uklarheter i ansvarsfordelingen mellom avgivende om mottakende avdeling av omdisponert personell. Ledere i avdelinger som har mottatt omdisponert personell har også opplevd dette.

Opplæring av ansatte som omplasseres er et viktig aspekt når medarbeidere blir satt til nye krevende oppgaver. Ahus har laget kurspakker som var tilpasset ulike behov, det ble etablert et ferdighetssenter for oppfriskning av kompetanse og satt i gang en rekke tilbud knyttet kompetanseheving. Opplæring ble også innarbeidet i alle tiltakskort og var triggerbasert. Evaluator oppfatter at det er delte meninger blant medarbeidere om hvor gode opplæringstiltakene har vært.

De aller fleste av respondentene som har brukt hjemmekontor, har gitt uttrykk for at de har fått brukt sin kompetanse på hjemmekontoret. Fra høsten/vinteren 2021 har Ahus lagt godt til rette for at hjemme-kontorordningen ble gjennomført på en god måte. Fritekstsvaret i spørreundersøkelsen viser likevel varierte erfaringer med hvordan lokal ledelse har understøttet hjemmekontorordningen.

Mulige forbedringer:

- Dersom frivillig omdisponering skal iverksettes ved fremtidige pandemier, bør Ahus sørge for at berørte ledere og medarbeidere har kunnskap om vedtak og retningslinjer, og at de forstår hva frivillighet innebærer.
- Ahus bør utarbeide klarere retningslinjer for ansvarsforhold knyttet til omdisponering.
- Ahus kan etablere beredskapsrutiner for økende grad av ambulerende og digitale behandlingsløsninger.
- Ahus kan i større grad legge til rette for hybride arbeidsformer der dette er hensiktsmessig.

4. *Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelige legemidler og utstyr ivaretatt, herunder smittevernutstyr for ansatte?*

Evalueringen viser at det ikke har vært u håndterlige utfordringer knyttet til legemidler eller medisinsk-teknisk utstyr. Det var på den annen side store utfordringer knyttet til smittevernutstyr i starten av pandemien. Flere respondenter i spørreundersøkelsen oppgir at de ikke hadde tilgang til munnbind, øyebeskyttelse eller smittefrakker. Mangler ved smitteutstyr har ført til usikkerhet blant de ansatte og ført til opplevde fysiske og psykiske reaksjoner. Mange ansatte gir uttrykk for at det var en stor psykisk påkjenning å oppleve at de ikke kunne stole på smittevernutstyret.

Mulige forbedringer:

- Ahus bør vurdere å styrke reservekapasitet innenfor basalt smittevernutstyr og at det skapes større muligheter til å få tidsriktig tilgang til relevant smittevernutstyr ved pandemier.
- Ahus bør i større grad gjennomføre ROS-analyser knyttet til smittevernutstyr, MTU, medikamenter og hvordan sikre tidsriktig tilgang til dette.
- Ahus bør utarbeide en spesifikk beredskapsplan for hvordan det skal sikres forsyninger i en pandemi.
- Lagerordningen ved Ahus bør gjennomgås med henblikk på beredskapsmessig forsvarlighet, og det kan vurderes å etablere rullerende lagre.
- Ahus bør initiere en prosess for fordeling av smittevernutstyr regionalt og nasjonalt basert på risikovurderinger og potensielt smittetrykk.

5. *Hvordan ble medvirkning fra pasienter og ansatte ivaretatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?*

Evalueringen viser at de tillitsvalgte ikke har opplevd tilstrekkelig involvering i relevante beslutninger i starten på pandemien. Tillitsvalgte deltok ikke i sykehusledelsens møter, noe som var tilfelle i enkelte andre foretak i Helse Sør-Øst. Ordinær struktur for dialog og involvering av tillitsvalgte ble ikke endret som følge av pandemien, men i tillegg til det ordinære ukentlige dialogmøte mellom de tillitsvalgte og sykehusledelsen, ble frekvensen på møtene økt med ytterligere to ukentlige møter under pandemien.

På enhetsnivå er det en rekke eksempler på god praksis for involvering av medarbeidere. Evaluator kan ikke se at brukermedvirkning er håndtert annerledes i prosesser og beslutninger gjennom pandemien enn ved normal drift. Generelt har brukermedvirkning være lite påvirket av pandemien og brukerutvalget er gitt god anledning til å medvirke i prosessene. Det er likevel varierende erfaringer i ulike divisjoner knyttet til pasienters muligheter for direkte medvirkning. Evaluator har ikke fått fremlagt dokumenter som viser hvordan pasientsikkerhet og pasientrettigheter er fulgt opp og ivaretatt gjennom pandemien ved Ahus.

Mulige forbedringer:

- Ahus bør vurdere å organisere faste møter mellom beredskapsledere, driftsutvalg, vernetjeneste og tillitsvalgte i prosesser og beslutninger under langvarige kriser.

- Ahus bør vurdere å gjennomføre en prosess hvor ledelsen og tillitsvalgte avklarer forventninger, mulighetsrom og fordeler med et konstruktivt samarbeid under krisesituasjoner.
- Ahus bør ved potensiell oppgaveglidning eller omrokking av personell involvere de tillitsvalgte for rask og smidig gjennomføring.
- Ahus bør vurdere å legge til rette for evalueringer og erfaringsutveksling under langvarige kriser for å sikre kontinuerlig forbedring og direkte tilbakemeldinger fra nivå 3, 4 og 5.

6. *Hvordan ble pasientsikkerhet og pasientrettigheter fulgt opp og ivaretatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?*

Evaluators har ikke fått framlagt skriftlige vurderinger av konsekvenser relatert til pasientsikkerhet og -rettigheter for pasientene i de respektive divisjonene. 26 % av legene (n=261) svarer at de er uenig eller delvis uenig i at virkningen av redusert aktivitet for pasienter, som legen er ansvarlig for, er vurdert muntlig eller skriftlig under pandemien.

Den beslutningen som etter evaluators mening har hatt størst betydning for pasientsikkerhet og pasientrettigheter, var nedtak av elektiv pasientbehandling på grunn av mangelfull intensivkapasitet og personellmangel. Nedtaket var en konsekvens av myndighetenes anbefaling om å sikre behandlingskapasitet for covid-19-pasienter.

Mulige forbedringer:

- Ahus bør vurdere å styrke arbeidet med å følge opp pasientsikkerhet ved situasjoner som en langvarig pandemi, herunder vurderinger av konsekvenser som kan følge av en pandemi der pasienter på grunn av kapasitet ikke får den behandling de normalt ville fått.
- Ahus bør styrke arbeidet med å sikre at pasientsikkerhet og -rettigheter er tilstrekkelig og systematisk vurdert og utredet for pasientgrupper som blir berørt av nedtrekk av aktivitet.
- Ahus bør sørge for å ha klare planer for hvordan behandlingsetterslep blir hentet igjen for å motvirke risiko for uforsvarlighet for pasientgrupper /enkeltpasienter.
- Ahus kan utarbeide planer for aktivitet som bør skjermes.

7. *Hvordan ble helse, miljø og sikkerhet for ansatte fulgt opp og ivaretatt?*

Undersøkelsen viser at majoriteten av de ansatte opplever at ansattes rettigheter relatert til arbeidsmiljøloven helt eller delvis er etterlevd. På den annen side er det på enkelte områder et ikke ubetydelig antall ansatte som gjennom sin opplevelse av arbeidssituasjonen ikke er enig i at rettsregler relatert til arbeidsmiljøet har blitt etterlevd gjennom pandemien. Etter evaluators mening er ansattes rettigheter knyttet til arbeidsmiljø og helse, miljø og sikkerhet etter arbeidsmiljøloven ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp og ivaretatt for flere medarbeidere.

Flere ansatte som er omdisponert har opplevd at omplassering av arbeidssted i forbindelse med pandemien ikke har vært frivillig. Flere ansatte i utsatte og belastende stillinger har også opplevd manglende mulighet for tilstrekkelig hvile mellom vakter, og at psykiske helse og velferd ikke i tilstrekkelig grad er ivaretatt. Fritekstsvar kombinert med kvantitative data viser at mange ansatte har vært gjennom store psykiske og fysiske påkjenninger gjennom pandemien, og ikke opplever å ha fått den nødvendige hjelp og støtte som de har hatt behov for. Evalueringen viser også at det ikke i tilstrekkelig grad oppleves at det er gitt tilbud eller informasjon om psykososiale støttetiltak.

Mulige forbedringer:

- Ahus bør i større grad være oppmerksom på ansattes psykiske og fysiske arbeidsmiljø og proaktivt sette inn forsterkede støttetiltak for personell som er utsatt for unormalt store påkjenninger og belastninger i en langvarig pandemisituasjon.
- Ahus bør være særlig oppmerksom på behovene for å ivareta og forebygge mulige senvirkninger for ansatte som under pandemien har opplevd store psykiske og fysiske påkjenninger.
- Ahus bør etablere et system som sikrer at ansatte som smittes i en pandemi registreres i relevante registre.

8. Hvordan vaksinestrategien har fungert?

Prioritering av hvem som skulle få vaksine ved Ahus ble gjort med hensyn til sannsynlighet for å bli smittet på jobb, og sårbarhet for sykehuset. Dette var etter evaluators mening i samsvar med føringer gitt av nasjonale myndigheter. Evalueringen viser at vaksinestrategien gjennomgående har fungert godt. 80 % av respondentene i spørreundersøkelsen mener at vaksinestrategien var rettferdig, og at strategien sørget for at riktig personell fikk vaksine til riktig tid. Enkelte respondenter mener at enkeltfunksjoner som eksempelvis psykisk helsevern/akuttpsykiatri og diagnostisk personell ikke ble gitt høy nok prioritet i vaksinestrategien.

Mulige forbedringer:

- Ahus bør sikre at kunnskap om og rasjonale for vaksinestrategi formidles til de ansatte slik at denne blir forstått i organisasjonen.
- Ahus kan i større grad sørge for fortløpende innspill, vurderinger og tilbakemeldinger for grupper/kategorier av ansatte som ikke erfarer seg godt nok ivaretatt.
- Ahus bør gjennomføre grundigere kartlegging av hvilke grupper som burde prioriteres for vaksine.

9. Hvordan ble utfordringer knyttet til arbeidet med kommunikasjon internt håndtert?

Ahus har etter evaluators oppfatning håndtert utfordringer knyttet til internkommunikasjon på en god måte. Pandemien har skapt et stort behov for gode kommunikasjonslinjer, og gode rutiner for informasjonsdeling. Det har vært krevende for sykehuset å absorbere og samordne store informasjonsmengder om blant annet regler og retningslinjer i kontinuerlig endring fra nasjonale myndigheter. Størstedelen av medarbeidere uttrykker enighet i at de har mottatt tidsriktig informasjon, mens et fåtall rapporterer at de har erfart hindringer for å få tilgang til nødvendig informasjon. På den annen side viser evalueringen at informasjon relatert til pandemien med fordel kunne vært bedre samordnet på tvers av kommunikasjonskanalene som har vært i bruk.

Mulige forbedringer:

- Ahus bør sikre at ledere innenfor kritiske områder i sykehuset i forbindelse med en pandemi, har tidsriktig tilgang til sykehusledelsen for å bedre informasjonsdeling og situasjonsforståelse.
- Ahus bør gjennomgå eksisterende kommunikasjonsplan og sørge for tilstrekkelig kapasitet for å sikre tidsriktig relevant informasjon fra overordnet nivå til de ansatte. Informasjon som spres i ulike kommunikasjonskanaler bør kvalitetssikres slik at ansatte får lik informasjon uavhengig av kanal. Relevant informasjon bør sikres sendt så snart som mulig på effektive plattformer.
- Ahus bør forbedre kommunikasjonen til alle ansatte også når medarbeidere befinner seg utenfor sykehuset (felles SMS mm).

10. Hvordan ble informasjon og samhandling med kommuner, andre foretak og eier ivaretatt?

Evaluator har inntrykk av at samhandling mellom Ahus, kommuner og andre foretak har fungert på en god måte under pandemien. Før covid-19 inntreff inngikk Ahus en rekke samhandlingsavtaler med kommunene i opptaksområdet. På bakgrunn av opplysninger fra informanter i evalueringen framstår det som Ahus har samarbeidet på en god måte med andre helseforetak i helseregionen, uten at samarbeidet var nedfelt i planer. Ahus har både gitt og mottatt nødvendig hjelp til å behandle kritisk syke covid-19 pasienter.

Mulige forbedringer:

- Ahus bør detaljere planer om samarbeid i kriser både med kommuner, andre foretak og RHF.
- Ahus bør utarbeide planer for hvordan samhandlingsaktører, på tvers av helse- og omsorgstjenesten, kan håndtere et stort antall pasienter og utnytte felles kapasitet.

1 Innledning

1.1 Formål

Formålet med evalueringen har vært å vurdere hvordan Ahus har håndtert covid-19-pandemien. Fokus har vært på grunnleggende forhold ved pandemiplanlegging som framgår av de nasjonale faglige rådene for pandemiplanlegging i helseforetak fra høsten 2019².

Evalueringen har tatt utgangspunkt i hva som var på plass av beredskap i form av planverk, organisering og strukturer for å møte en pandemisituasjon, og søkt å gi svar på hvordan sykehuset har håndtert skiftende forutsetninger og tilpasninger i behovene for behandlingsskapasitet, personellressurser, legemidler og utstyr, smittevernregime og test-/analysekapasitet.

De viktigste evalueringsspørsmålene har vært:

- I hvilken grad var planverk, organisering og strukturer for styring og ledelse av pandemien på plass og hvordan ble behovet for tilpasninger ivaretatt?
- Hvordan ble behovene for å tilpasse og styre behandlingsskapasitet ivaretatt, herunder lokaler, mottaksområder, poliklinikker og senger?
- Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell ivaretatt, herunder bruk av kompetanse og ressurser hos personell som har arbeidet fra hjemmekontor?
- Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelige legemidler og utstyr ivaretatt, herunder smittevernutstyr for ansatte?
- Hvordan ble medvirkning fra pasienter og ansatte ivaretatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?
- Hvordan ble pasientsikkerhet og pasientrettigheter fulgt opp og ivaretatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?
- Hvordan ble helse, miljø og sikkerhet for ansatte fulgt opp og ivaretatt,
- Hvordan vaksinestrategien har fungert?
- Hvordan ble utfordringer knyttet til arbeidet med kommunikasjon internt håndtert?
- Hvordan ble informasjon og samhandling med kommuner, andre foretak og eier ivaretatt?

Evalueringen har ikke omfattet vurdering av virkningene som beslutninger om endringer i aktivitet har hatt for berørte pasientgrupper, men vært avgrenset til å se på hvordan Ahus har sørget for å vurdere dette underveis i håndteringen av pandemien. Et viktig formål med evalueringen har vært å fremme læring og forbedring. I evalueringen pekes det på mulige forbedringsområder og fremmes anbefalinger til tiltak. Det er søkt å løfte frem positive sider ved pandemihåndteringen og hva som har fungert godt.

1.2 Organisering av arbeidet

Sykehusledelsen er oppdragsgiver med ansvar for å fastsette mandat og følge opp tiltak og anbefalinger i etterkant av evalueringen. Viseadministrerende direktør og foretaksrevisor har rollen som planlegger med ansvar for å utarbeide arbeidsplan, sørge for ressurser og kompetanse, følge opp fremdrift og kvalitetssikre arbeidet. Foretaksrevisjonen har rollen som evaluator, og har ansvar for å utføre evalueringen. Informasjon og medvirkning skal ivaretas gjennom ordinære strukturer og arenaer. Ansatte og ledere i foretaket, som har vært berørt av endringer i pandemi-perioden, skal involveres i evalueringen gjennom intervjuer og spørreundersøkelser.

Deloitte er innleid for å bistå gjennomføringen av evalueringen. Deloitte har bistått med kompetanse på analyse og evalueringsarbeid. Deloitte har som en objektiv part gjennomført samtlige intervjuer, og har hatt ansvar for utsendelse av spørreundersøkelsen og håndtering av data i samsvar med databehandleravtale, samt utarbeidelse av rapport.

² Pandemiplanlegging - Helsedirektoratet (statsforvalteren.no)

1.3 Metode

Evalueringen av covid-19-pandemien ved Ahus bygger på en systematisk innsamling av data, analyse og vurdering. Evalueringen har hatt som målsetting å beskrive hva som har fungert bra, og hva som har eller har hatt et forbedringspotensial under pandemien ved Ahus. For å vurdere håndteringen av pandemien ved Ahus er det benyttet relevante normer og standarder der dette har vært relevant for å ha et grunnlag for å vurdere data i forhold til kriteriene. Evalueringskriteriene som er benyttet er basert på ulike krav og forventninger som er nedfelt i rettsregler, avtaleverk, instruksjer, planverk, retningslinjer og standarder. Evalueringskriteriene sammen med beskrivelse av data danner grunnlaget for evalueringen.

Før arbeidet med evalueringen startet ble det utarbeidet en designmatrise som sammenstiller problemstillinger, evalueringskriterier, metode/teknikker for å samle inn data og dokumentasjon. Designmatrisen er utarbeidet for å ha styring og struktur på evalueringen, og bidrar til å synliggjøre evalueringens hovedfokus. Designmatrisen gir en oversikt over hvilke hovedspørsmål som skal besvares og sikrer at sammenhengene i prosjektet ivaretas.

Rapportens datadel dokumenterer funn fra evalueringen og gir et grunnlag for å svare på evaluerings-spørsmålene. For å fremskaffe data og beskrive datadelen er ulike samfunnsvitenskapelige metoder benyttet. I evalueringen er det benyttet dokumentanalyse, evaluerings-workshop, intervjuer, spørreundersøkelser og kvantitative og kvalitative analyser. Metodikken som er benyttet bidrar til å sikre valide analyser og gyldighet, og gir et grunnlag for å utforme relevante tiltak.

Det er gjennomført analyse av kvantitative og kvalitative data. Kvalitative data fra intervjuer, workshop, fritekstsvaer og dokumenter er i den grad dette har vært mulig analysert og sammenstilt mot svarene fra spørreundersøkelsen. Statistikk fra spørreundersøkelsen er brukt for å synliggjøre omfanget av hvordan ulike respondentgrupper svarer på en påstand.

1.3.1 Datagrunnlag

Arbeidet er lagt opp i samsvar med faglig anerkjent prosess og metode for evalueringsarbeid³, og baserer seg på ulike datakilder:

- Skriftlig dokumentasjon, utredninger og rapporter relevante for pandemien, lover og forskrifter, foretaksprotokoller, styrevedtak, ledermøtevedtak, beredskapsplaner, informasjonsskriv, retningslinjer og prosedyrer, sykehusets egne styringsdata.
- Data fra intervjuer, herunder gruppe- og individuelle intervjuer med ledere, ansatte, tillitsvalgte, verneombud og representanter fra brukerutvalg.
- Data fra spørreundersøkelse, svar gitt i spørreundersøkelse rettet mot alle ledere og ansatte i foretaket.
- Data fra ledersamling og evaluerings-lab, gjennom arbeid med kanvaser fremkom det mye informasjon som ledernes oppfatning av pandemien, og håndteringen av den.

1.3.2 Evalueringsworkshop

I oppstarten av evalueringsarbeidet ble det gjennomført en evaluerings workshop i forbindelse med Ahus sin årlige ledersamling. Her ble lederne inndelt i grupper etter divisjon/klinikk og stabsområde. Arbeidet i laben tok utgangspunkt i de fire hovedtemaene evalueringen har søkelys på; behandlingsskapasitet, kvalifisert personell, legemidler og utstyr og tiltak på systemnivå. Det ble benyttet kanvaser i dette arbeidet.

I starten av arbeidet ble hver enkelt bedt om å bidra med refleksjoner rundt hovedtemaene, hvilke gode erfaringer og hvilke utfordringer den enkelte har opplevd og til slutt utforme betraktninger om årsak og virkning. Etter denne individuelle refleksjonsoppgaven jobbet grupper med å utforme en felles kanvas for den enkelte avdelingen/divisjonen. Både de individuelle betraktningene og gruppekanvaser ble dokumentert, analysert og brukt som data og grunnlag for utforming av intervjuguider og spørreundersøkelse. Arbeidet med kanvaser har bidratt til bedre innsikt i ulike utfordringer og ulike forbedringstiltak.

³ Finansdepartementet 2005, Direktoratet for forvaltning og økonomistyring 2018 og Folkehelseinstituttet 2018

1.3.3 Intervjuer

Intervjuer er brukt til å identifisere problemstillinger og utfordringer relatert til de respektive evaluerings-spørsmålene. Det er gjennomført 30 intervjuer av ulike ledere på ulike nivå, samt hovedtillitsvalgte og verneombud. Intervjuobjektene ble identifisert i samarbeid med foretaksrevisjonen ved Ahus. Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det ble laget en intervjuguide i forkant av gjennomføringen. Intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål knyttet til sentrale temaer i evalueringen og konkrete spørsmål relatert til mandat/evalueringsspørsmål. Respondentene ble oppfordret til å reflektere over egne erfaringer knyttet til Ahus sin håndtering av pandemien, i tillegg til forhåndsdefinerte spørsmålene. Tilnærmingen sikret at evaluator fikk belyst samtlige evalueringsspørsmål, samtidig som det ble skapt rom for å ta opp nye problemstillinger. Det er skrevet referat fra intervjuene. Data fra intervjuene er også benyttet som utgangspunkt for utforming av spørreundersøkelsen.

1.3.4 Spørreundersøkelse

Det er gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot ansatte og ledere ved Ahus. Spørreundersøkelsen dekket sentrale tema i evalueringen. De fleste spørsmålene gikk til samtlige ansatte, samtidig som undersøkelsen inneholdt egne spørsmål til ledere, leger med behandlingsansvar og omdisponerte medarbeidere.

Undersøkelsen ble utformet for å sikre respondentenes anonymitet. Svarene kan ikke knyttes til epost eller IP-adresse. Spørreundersøkelsen er gjennomført i Questback og det er generert eposter med påminnelser om å besvare undersøkelsen. Det er ikke mulig for evaluator å se hvem som har svart eller ikke.

Alle ansatte med fast stilling og vikarer/engasjerte (unntatt timelønnede), ble invitert til å delta i undersøkelsen. Ansatte i permisjon eller med langtidssykemelding ble ikke invitert. Totalt ble det sendt ut 8541 invitasjoner. Undersøkelsen var elektronisk og kunne besvares fra både PC, smarttelefon og nettbrett. Undersøkelsen fikk 2557 responser, noe som tilsvarer en svarprosent på 29%. Tabellen nedenfor viser antall svar for hver enkelt divisjon.

Evaluator mener at antallet respondenter i kombinasjon med representativitet tilsier at svarene på spørreundersøkelsen er generaliserbare og valide. Av 2557 respondenter oppga 338 (13 %) at de var ledere, mens 2219 (87 %) oppga at de var medarbeider. Sett opp mot totalt antall ledere og medarbeidere i faste stillinger og vikariater/engasjementer på tidspunktet for utsendelse av spørreundersøkelsen, var svarandelen relativt sett høyere for ledere enn for medarbeidere. Svarandelene er også noe høyere i de sentrale stabsdivisjonene.

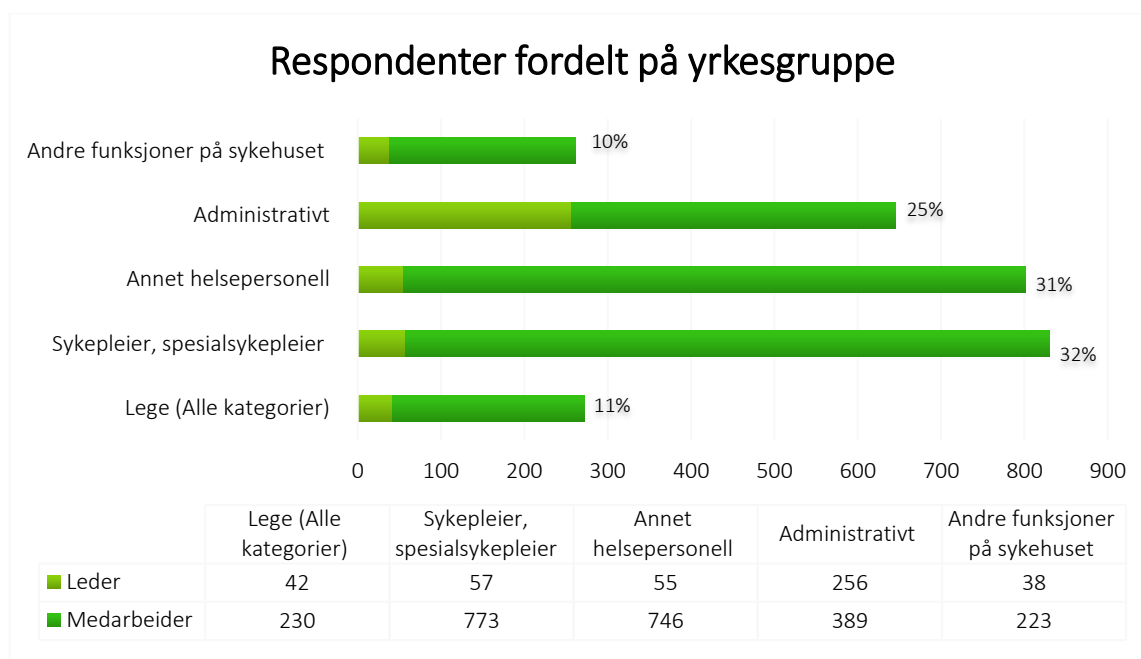
Av de 13 % som har oppgitt å være leder svarer 38 % at de har vært leder for en enhet som har håndtert covid-pasienter. Ca. 40 % av medarbeiderne har jobbet ved en enhet som har håndtert pasienter med covid-19. Utvalget vurderes derfor å være representativt for medarbeidere med direkte erfaring fra håndtering av covid-19 ved Ahus.

Divisjon	Antall svar Leder	Antall svar Medarbeider	Antall svar Samlet	% av antall ansatte totalt
Barne- og ungdomsklinikken	12	118	130	34 % (378)
Bedriftshelsetjenesten, kommunikasjonsavdelingen eller stabsdivisjonen	7	31	38	97 % (39)
Diagnostikk og teknologidivisjonen	41	329	370	45 % (824)
Facilities management divisjonen	34	111	145	22 % (674)
Forsknings- og innovasjonsdivisjonen	4	27	31	28 % (109)
HR-divisjonen	7	32	39	27 % (147)
Kirurgisk divisjon	40	328	368	26 % (1439)
Kvinneklinikken	10	82	92	24 % (377)
Medisin- og helsefagdivisjonen	9	54	63	100 % (63)

Medisinsk divisjon	66	466	532	26 % (2037)
Ortopedisk klinikk	12	93	105	33 % (316)
Psykisk helsevern og rusdivisjonen	91	513	604	29 % (2079)
Økonomidivisjonen	5	35	40	68 % (59)
	338	2219	2557	30 % (8541)

Tabell 1. Oversikt over antall respondenter fordelt på divisjon

Figuren nedenfor gir en oversikt over respondentenes faglige og organisatoriske tilhørighet.



Figur 1. Oversikt over antall respondenter fordelt på yrkesgruppe og kategori

1.4 Kildekritikk

Gjennom spørreundersøkelsen og intervjuene er det kommet frem relativt store forskjeller mellom hvordan ledere tenderer å svare på evalueringsspørsmålene sammenlignet med medarbeidere. Denne tendensen blir tydelig når intervjumaterialet, som i hovedsak bygger på svar fra ledere, sammenlignes med svar på spørreundersøkelsen fra respondenter som ikke er ledere. Det er grunn til å hevde at datagrunnlaget er preget av en stor gruppe ledere som beskriver situasjonen ved sykehuset under pandemien på en mer positiv måte enn øvrige ansatte.

Samtidig som dette er en kritikk av skjevheten i vårt intervjumateriale, tydeliggjør ulikheten at ledere og medarbeidere har opplevd og forstått situasjonen noe ulikt. Påpekte utfordringer ved intervjumaterialet, er forsøkt balansert ut ved at det er åpnet for at respondentene kan svare på spørreundersøkelsen i form av fritekstsvaer, noe svært mange har benyttet seg av.

1.5 Leserveiledning

Sammendraget i rapporten består av evaluators vurderinger av hvert evalueringsspørsmål, sammen med forslag til forbedringer. I kapittel 1 beskrives formålet med evalueringen, evalueringsspørsmålene, organisering av arbeidet, hvilke teknikker som er brukt for å samle inn data og bygge opp en faktadel som evalueringen bygger på. I kapittel 2-11 presenteres funnene knyttet til hvert evalueringsspørsmål, sammen med evalueringskriterier, vurderinger av hvert tema, og forslag til forbedringstiltak.

2 Planverk, organisering og strukturer for styring og ledelse

I hvilken grad var planverk, organisering og strukturer for styring og ledelse av pandemien på plass og hvordan ble behovet for tilpasninger ivaretatt?

2.1 Evalueringskriterier

2.1.1 Grunnleggende prinsipper for beredskapsarbeid

Lovgrunnlaget for pandemiplanleggingen er forankret i Helseberedskapsloven § 2-2⁴ og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b⁵. Både offentlig og privat spesialisthelsetjeneste er pliktige til å ha en beredskapsplan for virksomheten, herunder tiltak for å sikre medisinsk behandling og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført. Plan for influensapandemi skal inngå som en del av både de regionale helseforetakenes og de enkelte helseforetakenes ordinære beredskapsplaner. I dette ligger blant annet krav til at de regionale og lokale helseforetakene utarbeider beredskapsplaner som skal sørge for tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av legemidler og utstyr. Loven innebærer at hvert HF er ansvarlig for beredskap og vurderinger av hvorvidt man skal ha beredskapslagre eller ikke. Et alternativ til beredskapslagre er avtaler med leverandører/andre samarbeidspartnere som sikrer nødvendige leveranser når en krise oppstår. Det er fire grunnleggende prinsipper for arbeidet med beredskap⁶, likhets-, nærhets-, ansvars- og samvirkeprinsippet.

Samvirkeprinsippet omtales nærmere i kapittel 11.1.

I helseberedskapsloven (2021) stadfestes ansvar for beredskap gjennom ansvarsprinsippet (§ 2-1). «Den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap».

Videre stadfestes det i § 2-2 at: «... regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.»

Ansvarsprinsippet viser med andre ord til at den som har ansvar for et fagområde eller tjeneste i en normal situasjon, også har ansvar for å sikre nødvendige beredskap innenfor området. Av likhetsprinsippet følger det at den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig. Et annet prinsipp, nærhetsprinsippet, viser til at kriser, organisatorisk, skal håndteres på lavest mulig nivå. Helseberedskapsloven viser med andre ord til at sykehus både plikter å utarbeide beredskapsplaner for virksomheten, men at sykehuset også tillegges ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser i tråd med eget planverk.

⁴ Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) - Lovdata

⁵ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Lovdata

⁶ Veileder krisekommunikasjon | Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (dsb.no)

Ansvarsprinsippet gjenspeiles også i forskrift om smittevern i helse og omsorgstjenesten (2005). Forskriften viser blant annet til hvordan arbeidet med smittevern skal organiseres i spesialisthelsetjenesten (§ 2-3) og det vises til ansvaret virksomheten har for utgifter forbundet med oppgaver knyttet til beredskap (§ 3-6). «Ved institusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 1-2, skal ledelsen for å følge opp pliktene etter § 2-1 og § 2-2 vurdere, systematisere og beskrive hvilke oppgaver som skal utføres innen smittevernet i institusjonen, og sørge for at det er tilsatt tilstrekkelig smittevernpersonell, herunder hygienesykepleier(e) og lege(r), og sørge for at disse får avsatt tilstrekkelig tid til å utføre sine oppgaver. En lege skal ha ansvar for å koordinere smittevernet innen institusjonen og skal i slike spørsmål være direkte underlagt ledelsen».

Innenfor beredskapsområdet er Ahus både underlagt nasjonale føringer og føringer utarbeidet av Helse Sør-Øst. Ifølge helseberedskapsloven skal Helse Sør-Øst føre tilsyn med Ahus sin beredskap. Det prinsipielle er imidlertid at ledelsen ved Ahus, inkludert helseforetakets styre, har et selvstendig ansvar for å utarbeide planer for beredskap og tiltak som ivaretar hensynet til beredskap og nasjonale og regionale føringer.

I det videre redegjøres det for føringer som var gitt av Helse Sør Øst samt beredskapsplaner som var gyldige for Ahus ved utbruddet av pandemien.

2.1.2 Dokumenthierarki

Sentralt i beredskapsarbeidet er dokumenthierarkiet. Dokumenthierarkiet gir nasjonale føringer som skal danne grunnlag og gi prinsipper for operasjonalisering på regionalt og lokalt nivå, herunder prinsipper for ansvar. Figuren nedenfor illustrerer dokumenthierarkiet og er hentet fra Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (2019).

Nasjonal helseberedskapsplan (2007, 2014 og 2018) utformer det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektorens forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer. Planen gir føringer for Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (2019) som omhandler håndtering av utbrudd og som gir nasjonale råd for pandemiplanlegging for kommuner og helseforetak⁷.

De faglige rådene bygger bla. på scenarium utledet av nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa (2014)⁸ som primært er en plan for helsesektoren. Planen skisserer hvordan en pandemi kan påvirke sektoren og ble utformet som en oppfølging av erfaringer fra Sars.



Figur 2. Nasjonal helseberedskapsplan og dokumenthierarkiet

Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer (2019)⁹ og nasjonal plan mot pandemisk influensa (2014)¹⁰ bygger begge på etablerte prinsipper for beredskap og krisehåndtering i Norge. Intensjonen er å gi føringer som skal sikre god nasjonal håndtering av utbrudd og bidra til å:

- klargjøre ansvar og roller ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer
- beskrive forebyggende tiltak som begrenser smittespredning, sykdom og død
- sikre behandling og omsorg til syke og pårørende

⁷ Pandemiplanlegging - Helsedirektoratet

⁸ Nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf (regjeringen.no)

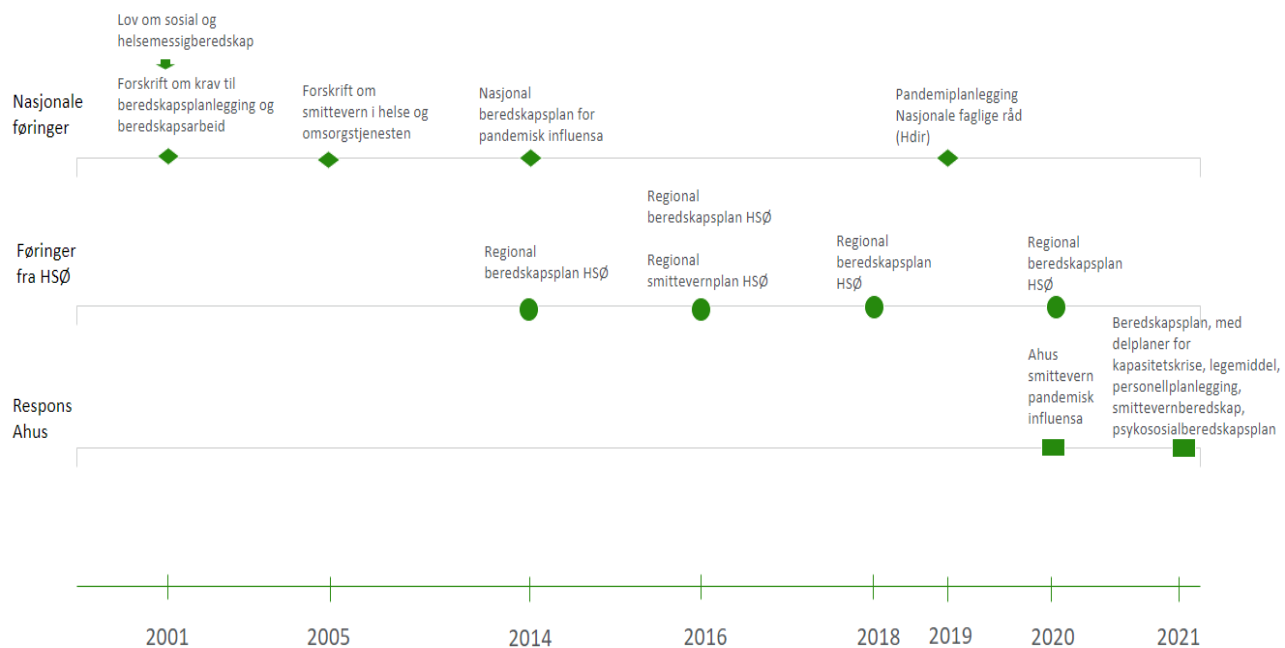
⁹ Regjeringen.no: Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa (2014)

¹⁰ Helsedirektoratet (2019): Pandemiplanlegging. Vedlegg til nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa (2014).

- bidra til tillit og trygghet i samfunnet gjennom kunnskapsbasert og helhetlig informasjon.

Helsedirektoratet (2019) utarbeidet en veileder med beskrivelser av tiltak og temaer som kan tas med i pandemiplanleggingen lokalt og som er et vedlegg til nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa. Her slås det fast at helseforetak må utarbeide planer som er i tråd med scenarium lagt til grunn i nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa (2014)¹¹. I veilederen gir helsedirektoratet faglige råd om sikkerhet for forsyning av legemidler og nødvendig utstyr.

Dokumentene som legges til grunn for vurderingen er i hovedsak skissert i figuren under, med en tilhørende tidslinje for når de er gjort gjeldende.



Figur 3. Førrende dokumenter for beredskapsarbeidet ved Ahus

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) vurderte i 2009 at en pandemi kunne strekke seg over 15 uker¹². I kjølvannet av influensapandemien i 2009-2010 ble det i 2014 utarbeidet en nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa. Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa peker på at en ny pandemi kan sammenlignes med Asiasyken i 1957–1959 og viser til behovet for at beredskapsplaner tar høyde for ulike scenarier og ulike alvorlighetsgrader. Beredskapsplanen påpeker faren ved at en pandemi kunne føre til stor belastning på helse- og omsorgstjenester med påfølgende risiko for redusert behandlingsskapasitet. Det vises også til at en pandemi vil gjøre det vanskelig å opprettholde forsyninger av etterspurte legemidler, helsepleiemateriell osv. samt utfordringer med å opprettholde nødvendig funksjoner på grunn av lav kapasitet. Planen anbefaler å dimensjonere beredskap og kapasitet for et scenario som bygger på en moderat til alvorlig pandemi.

Planleggingsscenariet baserer seg på at:

- 50 % av befolkningen blir smittet
- Halvparten av de smittede blir syke (25 % av befolkningen blir syk).

¹¹ Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer (2019) bygger bla. på scenarium utledet av nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa (2014).

¹² Kontinuitetsplanlegging - pandemisk influensa. Opprettholdelse av kritiske funksjoner ved høyt personellfravær Veileder Versjon 2

- Sykehusene må kunne ta imot opptil 14-16 500 innleggelser, hvorav 1400-2800 krever intensiv behandling. Lokalt kan det forventes at snaut en av seks hendelser, det vil si 3-500 pasienter, har behov for mer intensiv behandling i toppuken (Kapittel 15).

Scenariet, tar ikke spesielt høyde for utsatte grupper, demografi eller varighet av en pandemi. Vurderingen viser alvorlighetsgraden av at en pandemisk influensa rammer tett befolkede områder, ekvivalent med det geografiske og demografiske området Ahus er satt til å betjene.

Helsedirektoratet utarbeider hvert andre år en overordnet risiko og sårbarhetsanalyse for helsesektoren. Helsedirektoratets overordnede risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren viser i 2015 til at pandemier er en trussel med høy risiko. Den nasjonale vurderingen i 2015 kommer året etter utgivelsen av nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa og dermed tett opp til erfaringer fra epidemien i 2009-2010.

Helsedirektoratet (2017) beskriver pandemisk influensa som den trusselen som har høyest kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens totalt sett. Basert på erfaringer fra Ebola-pandemien beskriver Helsedirektoratet (2017) at: *økt bruk av engangsutstyr skaper økt sårbarhet for forsyningssikkerhet. DSB bør vurdere om dette kan inkluderes i scenarioet om legemiddelmangel* (s. 26). Helsedirektoratet foreslår i sin analyse at DSB skal utvikle et scenario for forsyningssikkerhet som inkluderer medisinsk utstyr og forbruksmateriell (s. 27).

I Helsedirektoratets overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger for nasjonal beredskap i helse- og omsorgssektoren i 2019 er imidlertid punkter om pandemisk influensa fjernet. På tiltakssiden vises det til legemiddelrapporten (Helsedirektoratet 2019) og til behovet for ROS-vurderinger av medisinsk utstyr og forbruksmateriell. Legemiddelrapporten tar opp behovet for styrket legemiddelberedskap, blant annet ved å prioritere sentralisert beredskapslagring. Rapporten bruker scenarier knyttet til krise og katastrofe og vinkles mot forsyningskjeden i et totalforsvarsperspektiv. Langvarig pandemisk influensa nevnes ikke i Helsedirektoratets (2019) vurderinger, og behovet for beredskapslagring av forbruksmateriell og smittevernutstyr i forbindelse med en pandemi diskuteres ikke.

2.1.3 Føringer og beredskapsarbeid i Helse Sør-Øst RHF

De regionale ROS-analysene fra Helse Sør-Øst er utformet med tanke på videre operasjonalisering og bearbeidelse i helseforetakene (se utsnitt under). Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst (2016:8) viser til at beredskapsplanleggingen skal være gjenstand for en kontinuerlig forbedringsprosess, som sikres gjennom årlige revisjoner (rullert i 2018). Ved den årlige revisjonen skal tilhørende ROS-analyser gjennomgås. Regionalt beredskapsutvalg er en rådgivende instans for Helse Sør-Øst RHF ved oppdateringer av planen. Helseforetakene og sentrale aktører skal holdes orientert om de endringer som gjøres i det regionale planverket for å sikre samordning.

Beredskapsplaner, på alle nivåer i helsetjenesten, skal inngå i virksomhetens kvalitetssystem og skal rulleres og øves årlig. Helseforetakene skal årlig ta initiativ til en simuleringsøvelse av intern pasientflyt ved store hendelser. I simuleringene skal akuttmottaket belastes med et større antall pasienter og de som har ansvar for dette til daglig øves.¹³

- situasjoner med en eller få pasienter med alvorlig, allmennfarlig smitte/høyriskosykdom (høy alvorlighetsgrad og høy risiko for dødelighet.)
- situasjoner med et høyt antall syke eller skadde med allmennfarlig smitte som følge av epidemi, pandemi eller stor ulykke
- situasjoner med fravær eller knapphet på eget personell
- vaksinerings av ansatte
- hvilke lokaler/enheter som skal benyttes til isolasjon av smitteførende pasienter og hvordan øvrige lokaler, avdelinger og arbeidsmiljø skjerms mot smittespredning
- hvilke avdelinger/enheter som har ansvar for smitteførende pasienter i slike situasjoner

¹³ Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst (2016, 2018)

- ytterligere tiltak med hensyn til sengeplass og isolasjon dersom smitte brer seg eller pasientantallet overstiger sykehusets kapasitet
- bruk av personlig smittevernutstyr for personell og besøkende som skal ha kontakt med aktuelle smitteførende pasienter
- beredskapslagring av smittevernutstyr for høyinfeksiøse infeksjoner
- melding og overvåking av smitteførende pasienter og smittet personell
- transport av smitteførende pasienter i og utenfor sykehus
- reduksjon av elektiv drift.

Helseforetakene skal på grunnlag av nasjonal og regional pandemiplan utarbeide egne pandemiplaner som tar høyde for å håndtere en pandemisituasjon faglig, kapasitetsmessig, personellmessig og utstyrmessig, herunder planer for massevaksinasjon. Veilederen "Pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten" bør benyttes under utarbeiding av planen.¹⁴

For Helse Sør-Øst RHF er krav om beredskapsplanverk ivarettatt gjennom:

1. *Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst*, med underliggende ROS-analyser, delplaner og veiledere.
 - a. Regionale ROS-analyser
 - b. Regional smittevernplan, herunder pandemiplan
 - c. Regional IKT-beredskapsplan
 - d. Regional plan for forsyningssikkerhet for medisinsk utstyr
 - e. Veileder legemiddelberedskap
2. *Intern beredskapsplan for Helse Sør-Øst RHF* som redegjør for beredskapsledelse og krisehåndtering internt i Helse Sør-Øst RHF.

Under illustreres to regionale ROS analyser for pandemier og alvorlige epidemier.

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
Pandemier og alvorlige epidemier	• Har nasjonalt eller regionalt omfang	• Økt pågang av pasienter, særlig intensivpasienter – svekket ytelseskraft pga. økt sykefravær • Problemer med å opprettholde kritiske funksjoner • Mangel på legemidler og smittevernutstyr	• Lokalt planverk må være forankret i nasjonale og regionale pandemiplaner • Gjennomføre kontinuitetsplanlegging

Tabell 2. ROS-analyse fra 2015, Helse Sør-Øst

Hendelse	Merknader	Konsekvenser for RHF/HF	Tiltak
Pandemier og alvorlige epidemier	• Har nasjonalt eller regionalt omfang	• Økt pågang av pasienter, særlig intensivpasienter – svekket ytelseskraft pga. økt sykefravær • Problemer med å opprettholde kritiske funksjoner • Mangel på legemidler og smittevernutstyr • Diagnostisk utfordring – særlig dersom det samtidig er influensa-sesong	• Lokalt planverk må være forankret i nasjonale og regionale pandemiplaner • Gjennomføre kontinuitetsplanlegging

Tabell 3. ROS-analyse fra 2018, Helse Sør-Øst

Risiko for en pandemi er etter 2018 i mindre grad tydelig i regionalt beredskapsutvalg sine vurderinger. Regionalt beredskapsutvalg skriver i sin årsrapport 2019 og handlingsplan for 2020:

¹⁴ Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst (2016:8)

«Medlemmer av RBU har i 2019 gjennomført en ROS-analyse med utgangspunkt i reelle hendelser, og hvilke konsekvenser disse hendelsene fikk. Tilnærmingen som er benyttet er noe annerledes enn tradisjonell ROS-analyse, ved at man i større grad har fokus på hvilke systemer/funksjoner sykehus er avhengig av, og hvordan konsekvensene av hendelser påvirker disse systemene og funksjonene, og hvorvidt dette får konsekvenser for pasientene. Erfaringsinnhentingene består av intervju med nøkkelpersonell som har tatt del i håndteringen av disse hendelsene. Hovedfunn viser at de aller fleste alvorlige hendelser ikke rammer hele sykehuset. Samlet sett viser det seg at konsekvensene av hendelsene rammer smalt, og konsentreres til den delen av sykehuset hvor hendelsene utspiller seg. Flesteparten av hendelsene som er analysert avtar raskt, dette kan sees i sammenheng med at det er utført riktige konsekvensreducerende tiltak og at sykehusene har redundante systemer, back-up løsninger, eller planverk. Improvisasjon og fagmiljøer med god kjennskap til sykehuset og teknisk kompetanse, er nøkkelelementer for hendeshåndteringen. Det er viktig med samarbeid på tvers, kjennskap til hvordan kritiske funksjoner og tjenester henger sammen og en tidlig involvering av beredskapsledelsen. Det er også viktig med tidlig varsling, god informasjon og kommunikasjon. (s. 4-5)»

I beredskapsutvalgets årsrapport for 2019 er erfaringer fra blant annet NATO øvelsen Trident Juncture, som ble arrangert i Norge i oktober og november 2018, løftet frem. Regionalt beredskapsutvalg sine risikobetraktninger synes, som teksten over illustrerer, å bevege seg vekk fra en pandemisk influensa og mer i retning av enkelthendelser som avtar raskt og som vil berøre enkeltdeler av virksomheten.

En annen problemstilling som er løftet frem i evalueringsprosessen har vært det som beskrives som en manglende tilgang til forbruksmateriell, utstyr og legemidler i den initiale fasen av pandemien.

2.2 Beredskapsplaner og -organisasjon ved Ahus

Det er utarbeidet en rekke planer, utredninger eller føringer for beredskapsarbeid, herunder hvordan roller og ansvar for planlegging og oppfølging av beredskapstiltak skal forstås. Ledelsen ved Ahus har ansvaret for at virksomhetskrav i lover og forskrifter er oppfylt, og har ansvar for sykehusets beredskapsplaner. Følgende beredskapsplaner med relevans for covid-19 var gyldige ved Ahus før utbruddet av pandemien:

- Ahus - Beredskapsplan - Overordnet plan
- Ahus - Beredskapsplan - Rammeplan 2019
- Ahus - Kapasitetskrise – Delplan
- Ahus - Legemiddelberedskap - Delplan Nordbyhagen
- Ahus - Psykososial beredskapsplan
- Ahus - Smittevernberedskap – Delplan
- Ahus - Smittevern - Pandemisk influensa

Ahus hadde ikke utarbeidet en beredskapsplan/delplan for arealdisponeringer ved en pandemi. Denne planen kom på plass i mars 2020.

Fullmaktstruktur ved Ahus er definert på samme måte som ved mange andre helseforetak i landet. Foretaket har fem ledernivåer. I Ahus sin beredskapsplan, Rammeplan som var gyldig fra mars 2019 til mars 2021, beskrives beslutningsstrukturen under beredskap. Ahus benytter følgende ledelsesstruktur ved beredskapshendelser:

Administrerende direktør er strategisk leder, og strategisk ledelse er sykehusledelsen. Strategisk ledelse har overordnet ansvar for beredskapsplanverket, og utøver strategisk ledelse ved å planlegge tiltak og tilpasninger frem over i tid. Strategisk ledelse har ansvar for å drifte sykehuset på best mulig måte på tross av en ekstraordinær situasjon.

Operativ ledelse er Ahus Nordbyhagen sin beredskapsledelse som består av beredskapsleder, assisterende beredskapsleder, representant fra Enhet for kommunikasjon og sekretær. Det er fungerende

beredskapsleder og assisterende beredskapsleder som vurderer og beslutter beredskapsnivå. Taktisk ledelse skal bistå operativ ledelse med å fordele ressurser og planlegge behov frem i tid, og skal også bistå operativ ledelse med beslutningsstøtte ved behov. De skal også være beslutningsstøtte, samle informasjon og gi beslutningsgrunnlag til strategisk ledelse og sykehuset for øvrig. Når sykehuset går i beredskap settes de ordinære rapporteringslinjene til side, og divisjoner og avdelinger skal delegere nødvendige fullmakter til vaktorganisasjonen for å håndtere situasjonen. Kirurgisk sekundærvakt og anesthesi tertiærvakt ved Ahus Nordbyhagen er fungerende beredskapsledelse den første timen ved en beredskapshendelse, og er delegert fullmakt fra administrerende direktør til å iverksette beredskapstiltak, men skal konferere med beredskapsleder før beredskapsnivået besluttet. I krisesituasjoner, forårsaket av smittsomme sykdommer, skal beredskapsleder kalle inn plankomite for smittevern for beslutningsstøtte. Her skal beredskapsleder i samråd med smittevernansvarlig lege foreta en situasjonsanalyse og risikovurdering.

Rollen som beredskapsleder går på omgang blant seks leger. Hver er beredskapsleder en uke om gangen. Den som har turnusen uken etter bekler rollen som assisterende beredskapsleder, slik at det sikres kontinuitet og sømløs informasjonsflyt. Beredskapsleder har ansvar for å kjenne innhold i planverk og tiltakskort.

Lokal beredskapsledelse ved Ahus Kongsvinger, har overordnet ansvar for fullstendig koordinering av beredskapsplanleggingen ved hendelser som begrenser seg til å gjelde Ahus Kongsvinger. Kirurgisk vakthavende tertiærvakt (operativ leder) ved Ahus Kongsvinger er delegert fullmakt fra administrerende direktør til å iverksette beredskapsnivå. Beslutningen tas i samråd med vakthavende anestesilege. Ved foretaksovergripende hendelser som ved en pandemi, styres beredskapen i stor grad fra Ahus Nordbyhagen.

Taktisk ledelse er fysisk til stede der det skjer, og har ansvar for å lede personell tilknyttet sin funksjon. De skal melde behov til operativ ledelse som vurderer behov for tiltak. Operativ ledelse skal også gi nødvendig informasjon om situasjonen.

I tillegg til strategisk, taktisk og operativ ledelse eksisterte det før utbruddet av pandemien en rekke andre roller med oppgaver knyttet til beredskap, men som ikke inngikk i beredskapsledelsen, taktisk ledelse:

- En beredskapskomite, Ahus Nordbyhagen.
- En plankomite, Ahus Nordbyhagen.
- Et beredskapsutvalg, Ahus Kongsvinger med delegert ansvar fra divisjonsdirektør for å jobbe med beredskapsarbeid og vedlikeholde og utvikle beredskapsplanen for Ahus Kongsvinger.
- En plankomite smittevern, Ahus.
- En koordinerende beredskapsleder, Ahus Nordbyhagen.
- Det primære beredskapsteam.

Beredskapskomite og koordinerende beredskapsleder er funksjoner for å kvalitetssikre og utvikle beredskapsplanen slik at den til enhver tid innehar så høy kvalitet som mulig, samt sørge for vaktdekning av beredskapsleder 24/7/365. Det primære beredskapsteamet innehar nøkkelfunksjoner i sykehusets primære virksomhet, og vil representere det taktiske nivået for beredskapsledelsen ved en beredskaps-utløst krise. Plankomite smittevern sikrer at det er spesialkompetanse å samle ved en alvorlig smittehendelse.

Beredskapsresponsen til sykehuset er fordelt på tre nivåer: grønn, gul og rød beredskap. Grønn er det laveste nivået, og innebærer kun forsterkninger av enkelte funksjoner. I gul beredskap etableres beredskapsledelsen og da mobiliseres en begrenset mengde ekstra ressurser. Beredskapsledelsen etableres også ved rød beredskap. Ved rød beredskap mobiliseres betydelige ressurser og sykehusdriften legges om.

Ved beredskapssituasjoner settes den ordinære ledelsesstrukturen til side og det etableres en beredskapsorganisasjon. Beredskapsledelsen overtar den operative ledelsen av sykehuset, mens administrerende direktør har et strategisk ansvar og ansvar for overordnet planverk. I.h.t. planverket var

det beredskapsledelsen som skulle bistå taktisk ledelse med beslutningsstøtte og vurdering av ressurser. Selv om Ahus har vært svært presset under pandemien har foretaket ikke vært i rød beredskap. I fire perioder har det vært i grønn beredskap og i to perioder i gul beredskap.

Beredskap – Pandemi	
2020	
Grønn beredskap	09.03.20 - 12.03.20
Gul beredskap	12.03.20 - 16.04.20
Grønn beredskap	16.04.20 - 11.06.20
2021	
Gul beredskap	02.03.21 - 05.05.21
Grønn beredskap	05.05.21 - 25.05.21
2022	
Grønn beredskap	16.12.22 – 2.3.22

Tabell 4. En oversikt over når Ahus har vært i beredskap i forbindelse med covid-19

2.2.1 Beredskapsrapportering

Ansaret for beredskap, inkludert beredskapslagre, er delegert til det enkelte helseforetak. Helseforetakene har et selvstendig ansvar for å vurdere hva som må være tilgjengelig av materiell, utstyr, personell, arealer mm. Hva som får oppmerksomhet i organisasjonen, henger sammen med krav til rapportering fra eier og styret. Ansvarsprinsippet viser til ledelsen og styrets ansvar for beredskapsområdet.

De månedlige rapporteringene fra Ahus til styret i 2019 gjenspeiler i hovedsak driftsøkonomiske betraktninger og analyser. I gjennomgang av de månedlige rapportene fremgår det at disse i all vesentlighet handler om nøkkeltall knyttet til områder som liggetid, fristbrudd, økonomi, sykefravær ol. I mindre grad settes beredskapsmessige forhold eller risiko ved produksjonsapparatet på dagsorden. Rapportering av beredskapsarbeid inngår ikke som en del av den tertialvise rapporteringen til styret. Den inngår imidlertid i Årlig melding og i årsberetningen.

Rapportering av beredskapsarbeid inngår i årsberetningen. I årsberetningen 2019 rapporterer Ahus følgende: «Revisjon av beredskapsplanverket er gjennomført slik det beskrives i rammeplan for beredskap. De gode erfaringene med en profesjonell funksjon som operativ beredskapsleder og beredskapssekretær i en vaktrotasjon videreføres. Profesjonaliseringen av funksjonen har skapt et større faglig miljø og engasjement og bidratt til forbedring i planverk og varslingsrutiner, særlig ved hendelser knyttet til IKT og telefoni. Akershus Universitetssykehus er styrket beredskaps- og sikkerhetsmessig (s.7).»

To år senere svarte Ahus til Koronakommisjonen at: «Akershus universitetssykehus HF (Ahus) hadde eksisterende planer for smittevernberedskap og pandemisk influensa og igangsatte i slutten av januar de første forberedelser for en pandemi med utgangspunkt i disse. Det lokale planverket var på noen punkter lite detaljert og ikke operasjonalisert for å kunne motta et stort antall smittepasienter.

Om Ahus sitt svar på spørsmålet fra Koronakommisjonen og selvevalueringen i årsrapportene speiles mot erfaringene til medarbeidere i «frontlinjen», fremkommer et gap og en betydelig skarpere beskrivelse av situasjonen ved utbruddet av pandemien. Et fritekstsvar fra spørreundersøkelsen illustrerer dette:

«Det største problemet var manglende beredskap før pandemi. Nærmest manglende lager av smittevernutstyr og desinfeksjonsmidler. Generell knapphet på areal» En annen uttaler at: «Pandemien har vist hvor skrøpelig beredskapen egentlig er og har vært for å kunne ivareta drift over lengre tidsperioder, da vi kun flytter personell fra en oppgave (som da ikke blir gjennomført) til en annen. Vi har egentlig ikke noe buffer og planene la heller ikke grunnlag for hvordan vi skal kunne bemanne en pandemi over tid».

Lagerhold krever logistikkfunksjoner og det legger beslag på areal. I intervjuer hevdes det at det ikke ansees som relevant å ha lager eller beredskap som inkluderer medisinsk utstyr. Begrunnelsen er at det er vanskelig å vite på forhånd hvordan en pandemi vil ramme befolkningen, hvilke maskiner og utstyr som da må være tilgjengelig. Dessuten er det kostkrevende.

Lederes interesse i å følge opp beredskapsarbeid beskrives i intervjuer og spørreundersøkelsen som varierende. Dette er også i tråd med funn gjort i Riksrevisjonens (2014) sin gjennomgang av helseforetakenes beredskap innen IKT, vann og strøm. I Riksrevisjonens rapport fremgår det at ledelsen i helseforetakene i liten grad følger opp beredskapsarbeidet

2.3 Ledelses- og styringsstruktur

Et vesentlig premiss for å evaluere ledelses- og styringsstruktur er å kartlegge formålet med og hva strukturene skal brukes til. I kriser stilles det andre krav til styrings- og ledelsesstrukturer sammenlignet med når virksomheten er i normal drift. Økt krav til proaktivitet og evne til å ta tidsriktige beslutninger, større behov for å ivareta personell, behov for å nedprioritere det uvesentlige osv. er elementer som under krise stiller andre krav til ledelses- og styringsstrukturer sammenlignet med normaldrift.

Problemet er imidlertid at den strukturelle dimensjonen bare til en viss grad kan kompensere for mangelfullt lederskap under kriser. I normal drift derimot, kan etablerte styrings- og lederstrukturer til en viss grad tildekke og kompensere for mangelfullt lederskap. I slike tilfeller kan utøvelse av lederroller og bruk av strukturene i større grad hvile på rutiner og etablerte systemer for forvaltning. De som har stått ansikt til ansikt med covid-smittede pasienter uten adekvat verneutstyr, de som jobber doble vakter uke etter uke, de som erfarer at egen helse står på spill, de med ansvar for dødssyke pasienter osv. og som alle har det til felles at de erfarer krisen på kroppen, spør ikke nødvendigvis etter styringsstrukturene. De etterspør lederskap, og utøvelse av lederskap blir i denne type situasjoner målt mot hvordan de med lederroller utøver sin rolle til beste for ansatte og pasienter. Resultatet av spørreundersøkelsen understreker også dette. Av den grunn kan ikke denne evalueringen utelukkende vurdere de strukturelle styrings- og ledelsesdimensjonene ved Ahus under pandemien, men den må også vurdere hvordan utøvelse av lederroller og styringsstrukturenes virkefelt er erfart i organisasjonen.

Dette kapitlet vil først beskrive erfaringer med styringsstrukturen på Ahus under pandemien. Deretter redegjøres det for hvordan ansatte erfarer at sykehusledelsen har fungert, rent overordnet, før det redegjøres for oppfatninger av ledelse og styring på enhetsnivå.

2.3.1 Struktur for styring og ledelse på Ahus under pandemien

Pandemien genererte behov for enkle styringslinjer, raske og forankrede beslutninger, effektiv kommunikasjon og en godt samspilt ledelse som forstår konsekvenser av beslutninger og tiltak som settes i verk. Beslutningslinjene mellom linjeledelsen, stab og beredskapsledelsen har imidlertid fremstått uklare for deler av organisasjonen. Konsekvensen har vært at lokale enheter måtte prioritere og ta beslutninger, som i prinsippet burde tas av høyere nivå. Dette kom spesielt til uttrykk i starten på pandemien, før drift i pandemi ble den nye normalen.

Driftsutvalget var nødvendig for å tilpasse og detaljere en overordnet plan for pandemien, slik at Ahus var i stand til å håndtere et stort antall pasienter med covid-19 og samtidig ha kapasitet til å behandle øvrige pasientgrupper. Driftsutvalgets sammensetning representerer bredden av sykehusets drifts- og fagmiljøer. Anbefalinger og vurderinger som gjøres av driftsutvalget er derfor godt forankret i den ordinære linjestrukturen.

Driftsutvalget informerte sykehusledelsen daglig om utfordringsbildet og pasientsituasjonen. Denne informasjonen fikk driftsutvalget gjennom linjestrukturen. Beredskapsleder var alltid til stede på møte i sykehusledelsen der også smittevern deltok. Sykehusledelsen som strategisk ledelse hadde ukentlige møter under pandemien, og hadde også ekstraordinære møter ved behov.

Operativ ledelse skal håndtere hendelser ved å prioritere blant tilgjengelige ressurser. Samtidig skal driftsutvalget på oppdrag fra sykehusledelsen, planlegge endringer av drift for å håndtere et stort antall

covid-pasienter. Den operative ledelsen sitt mandat er å vurdere ressurser mot beredskap, mens driftsutvalget skal vurdere helhetlig drift. I praksis utgjør dette to sider av samme sak. Taktisk ledelse vil vurdere medarbeidere i form av ressursinnsats, hvor mange har vi, hvordan kan vi skaffe flere, hvordan øke robusthet osv. Driftsutvalget, med utgangspunkt i utvalgets sammensetning, vil i større grad ha et perspektiv på hvordan ivareta et bredere aspekt ved drift, som eksempelvis kompetanse, sengeplasser, teknisk utstyr osv.

Intervjuer og fritekstsvar viser at det å håndtere disse to perspektivene samtidig krever god samordning og informasjonsdeling. Data viser at operativ ledelse og driftsutvalget kunne ha vært bedre samordnet. Evalueringen viser også at det har vært uklarhet om hvem som egentlig har beslutningsmyndighet når sykehuset er i beredskap. Et fritekstsvar fra spørreundersøkelsen illustrerer dette:

«Det kunne vært enda bedre tydelighet ift. roller og ansvar mellom lederlinje og støtteorganer som driftsutvalget, som jobber på vegne av sykehusledelsen. Det er veldig viktig at lederlinjen eier prosessene».

Konsekvensen av dette var at mange problemstillinger innledningsvis i pandemien måtte avklares og håndteres lokalt. Det kom relativt få føringer fra sykehusledelsen. Også her illustreres dette i et fritekstsvar fra spørreundersøkelsen:

«Vi venter på klare føringer fra ledelsen på hvordan vi skal forholde oss til nye retningslinjer fra myndighetene, men det kommer for sent og vi må finne rutiner selv».

2.3.2 Ansattes oppfatninger av overordnet ledelsesstruktur ved Ahus

Når det gjelder hvordan ansatte totalt sett vurderer hvordan øverste ledelse ved Ahus har utøvet sin rolle under pandemien, viser svarene at ca. 60 % er enige eller delvis enige i påstanden om at den øverste ledelsen har fungert godt under pandemien. Mange respondenter uttrykker sympati med sykehusets øverste ledelse, og påpeker at man har gjort sitt beste både når det gjelder beslutninger og informasjon. Vi finner i fritekstsvarene en rekke positive tilbakemeldinger på overordnet ledelse, som bl.a.:

«Jeg synes Ahus sentralt har håndtert pandemien på en eksemplarisk måte».

«God informasjon via Ahus veven og møter, jeg har følt meg så trygg jeg kan på jobb hele pandemien. Ledelsen har hatt en systematisk plan for opptrapping og nedtrapping av kapasitet som har fungert etter hensikten».

«Tror ledelsen har gjort så godt de har kunnet. Det har jo vært estimert skrekk- senarioer med antall syke og innleggelser, som de har måttet ta høyde for. Det har vært et press hele tiden».

«Generelt har toppledelsen og smittevern åpenbart hatt et godt grep om situasjonen, og har håndtert utfordringene på en saklig og relevant måte uten å miste hodet. Imidlertid har det til tider vært forvirrende å følge med på informasjonsstrømmen, ettersom noe kommer i linjen, noe kommer fra HR, noe kommer fra BHT og noe kommer fra Smittevern - og det er ikke alltid dette har vært helt samstemt.»

I flere av fritekstsvarene kommer det imidlertid opp synspunkter på at ledelsen ikke er har vært tydelig nok, eller tatt grep som ansatte vurderer som kritiske. Her er to utvalgte fritekstsvar som illustrerer dette:

«Snart to år med pandemi og jeg vet ikke om øverste ledelse ved sykehuset har gjort noe for å øke kapasiteten ved intensiv annet enn midlertidige løsninger. Flere utdanningsplasser løser ikke problemet før om et par år. Vi har svært få intensivsenger pr. 100000 innbyggere. Hva gjøres for å øke dette? Jeg opplever at toppledelsen er fullstendig fraværende ift til dette. Så er det vi som er «nederst på stigen» som må bære ansvar for dette i møte med pasientene.»

«Sykehusledelsen har unngått å utlyse stillinger som bevares av langtids vikarer. Har vært en påkjenning da det oppleves at tjenesten er planlagt "trimmet".»

En underliggende årsak til at sykehusets øverste ledelse har fått varierende tilbakemeldinger kommer klarere til uttrykk i påstanden om sykehusledelsen har vært opptatt av å ivareta ansattes behov under pandemien. For den enkelte kan det være vanskelig å score sykehusledelsen høyt på fungering under pandemien med mindre man også erfarer at sykehusledelsen er opptatt av å ivareta «mine» behov. Av de 2526 respondentene som har besvart spørsmålet, er 27 % uenige/ delvis uenige i påstanden om at sykehusledelsen har vært opptatt av å ivareta ansattes behov under pandemien, mens 55 % er enige/ delvis enige i påstanden.

I det videre grupperes besvarelsen på dette spørsmålet på ledere, leger og medarbeidere. Når det ses på fordelingen av svarene på disse gruppene, finner vi følgende:

- 78 % av lederne er enige/ delvis enige i påstanden at sykehusledelsen har vært opptatt av å ivareta ansattes behov under pandemien
- 51 % av medarbeiderne er enige/ delvis enige i påstanden at sykehusledelsen har vært opptatt av å ivareta ansattes behov under pandemien

Besvarelsen viser også at det naturlig nok er en relativ stor andel medarbeidere (20 %) som ikke finner spørsmålet relevant eller som ikke har grunnlag for å svare på det, mens tilsvarende andel blant ledere er 3%. Årsaken til at det kan oppleves som vanskeligere for en ansatt å være helt uenig eller helt enig i påstanden kan være at avstanden til toppledelsen oppleves stor og at det å skulle anvende ytterpunktene på skalaen, uten å knytte svaret til konkrete opplevelser, ikke føles riktig. 37 % av legene stiller seg kritisk til om sykehusledelsen har vært opptatt av å ivareta ansattes behov under pandemien, mens 50 % av øvrige medarbeidere er enig eller delvis enig i at sykehusledelsen har vært opptatt av å ivareta de ansattes behov under pandemien.

Spørreundersøkelsen viser et relativt stort gap mellom hvordan ledere erfarer sykehusledelsen sammenlignet med svarene gitt av medarbeidere. Hva som er de underliggende årsakene til variasjonen i svarene mellom gruppen ledere sammenlignet med gruppen medarbeidere og leger er imidlertid vanskelig å gi ett svar på. Det kan ha noe å gjøre med sammenhengen mellom hva ledelsen er opptatt av – hva ledelsen faktisk gjør - hvordan ansatte erfarer det ledelsen gjør og individuelle fortolkninger av beslutninger og lederpraksis. Det kan også representere et kulturelt uttrykk for profesjonens motstand mot det Lysgaard (1961) beskrev som et teknisk rasjonelt system (ledelsen), det kan være et uttrykk for strukturer som skaper reell avstand mellom ledelse og ansatte og det kan rett og slett også være et uttrykk for lederskap som ikke har forstått ansattes behov under krisen.

Det er en rekke fritekstsvare som viser til opplevd avstand til sykehusledelsen, og som kan henge sammen med styringsstrukturen, enkeltepisoder som ufrivillige beordringer, ledere som forvalter drift og ikke leder ansatte ol. Medarbeidernes tilbakemeldinger viser at de i mindre grad er opptatt av hvordan styringsstrukturene virker i seg selv, men mer opptatt av hvordan ledelsen klarer å informere, ta tidsriktige beslutninger, støtte og skape vilkår for oppgaveløsning.

Fritekstsvarene i spørreundersøkelsen viser at medarbeidere og leger i varierende grad erfarer at sykehusledelsen ved Ahus har vært opptatt av å ivareta ansattes behov i en krise der ansatte har erfart at egne liv og helse har stått på spill. Ahus er en fremstående kompetanseorganisasjon der ansattes evne og vilje til å stå på og løse oppgaver har vært avgjørende for at sykehuset har kunne opprettholde et helsetilbud under pandemien. Ledelsens evne og vilje til å ivareta deres behov er i så henseende sentralt, både for å motivere og anerkjenne.

Ved å inndele medarbeideres og legers besvarer på organisatoriske enheter, fremkommer en stor variasjon i besvarelsene på tvers av organisasjonens topografi. Sammenlignet med respondenter i øvrige divisjoner uttrykker medarbeidere og leger ved Kvinneklinikken, Kirurgisk divisjon og Ortopedisk klinikk seg mer kritisk til påstanden om sykehusledelsen ved Ahus har vært opptatt av å ivareta ansattes behov.

Medarbeidere ved disse tre enhetene uttrykker også mest uenighet til påstanden om de har fått mer motivasjon for å jobbe på Ahus gjennom pandemien.

- Totalt svarer 40 % av medarbeiderne at de er uenige/ delvis uenige i påstanden.
- På Kvinneklubben svarer 64 % av medarbeiderne at de uenige/ delvis uenige i påstanden.
- På Kirurgisk divisjon svarer 50 % av medarbeiderne at de uenige/ delvis uenige i påstanden.
- På Ortopedisk klinikk svarer 54 % av medarbeiderne at de uenige/ delvis uenige i påstanden.

Når det ses på hvordan legene ved Kvinneklubben, Kirurgisk divisjon og Ortopedisk klinikk scorer på påstanden om de har fått mer motivasjon for å jobbe på Ahus gjennom pandemien, finner vi tilsvarende trend her:

- Totalt svarer 47 % av leger at de uenige/ delvis uenige i påstanden.
- På Kvinneklubben svarer 72 % av legene at de uenige/ delvis uenige i påstanden.
- På Kirurgisk divisjon svarer 47 % av legene at de uenige/ delvis uenige i påstanden.
- På Ortopedisk klinikk svarer 85 % av legene at de uenige/ delvis uenige i påstanden.

Disse resultatene gjenspeiler seg også i fritekstsvaer hvor styrings- og ledelsesstrukturen over nivå 3 fremstår som noe mer frakoblet de operative fellesskapene.

2.3.3 Struktur for styring og ledelse på enhetsnivå

Fritekstsvarene viser i hovedsak til en lokal ledelse kjennetegnet av stå på vilje og hardt arbeid. Den underliggende tonen refererer til sterke arbeidsfellesskap med stor grad av forpliktelse på hverandre og oppgavene som løses. Dess tettere spørsmålene kommer på arbeidsfellesskapenes miljø og samhold, jo mer positiv synes utsagnene å bli. Det er selvfølgelig unntak, men hovedinntrykket er at pandemien har fått det beste ut av det enkelte fellesskap.

90 % av respondentene som har svart på spørreundersøkelsen er enig eller delvis enig i at de under pandemien *har opplevd å være en del av et fellesskap i de respektives enhet*. Av disse er det 24 % som er delvis enige. Tilsvarende er 90 % enige/delvis enige i at min enhet har stått samlet om arbeidet under pandemien, og 85 % er enige/delvis enige i at samarbeidet mellom ulike profesjoner i enheten har vært godt under pandemien. 83 % (n=2523) av respondentens svarer er enig eller delvis enig i at arbeidsmiljøet i enheten har vært oppmuntrende og støttende under pandemien. 21 % (n=2527) av de spurte svarer at de er uenig eller delvis uenig i påstanden: «det har vært lite spenninger i den enkeltes enhet på grunn av personlige konflikter mellom kollegaer under pandemien». 74 % er enig eller delvis enig i påstanden. 43,8 % (n=2530) er enig eller delvis enig i at de har fått økt motivasjon for å jobbe ved Ahus under pandemien. 18 % er delvis uenig og 22 % er uenig i påstanden

2.3.4 Ansattes oppfatninger av samarbeid i enhetene

87 % (n=2530) er enig eller delvis enig i at samarbeidet i respondentenes enhet har vært preget av åpenhet og tillit under hele pandemien. På spørsmålet: «Etter min mening har samarbeidet mellom min og andre enheter på sykehuset fungert godt under pandemien» svarer 73 % at de er enig i påstanden, mens 18 % er delvis uenig eller uenig. De fleste respondentene svarer også at de er enig i samarbeidet mellom de ulike profesjonene i den enhet de er tilknyttet under pandemien har vært godt.

Spørreundersøkelsen viser også at samarbeidet om pasienter på tvers av avdelinger gjennomgående oppleves å ha fungert på en god måte under pandemien. 17 % (n=2521) er uenig eller delvis uenig i påstanden om at samarbeidet har fungert godt på tvers av avdelingene.

2.3.5 Styring av arbeidet i enhetene

Medarbeidere er i hovedsak fornøyd med enhetens ledelses- og styringsstruktur. Hvordan ansatte har erfart styrings- og ledelsesstrukturene ved sine respektive enheter er undersøkt ved å be respondentene ta stilling til et knippe påstander relatert til ansvar og oppgavefordeling. Et sentralt element i styring er at roller, ansvar og myndighet er avklart og at strukturer for samhandling i enhetene er godt utviklet. Resultatene av disse spørringene indikerer at styrings- og lederstrukturer jevnt over har vært gode på enhetsnivå. I spørreundersøkelsen er dette undersøkt ved å; 1) spørre om den enkelte erfarer en tydelig ansvarsfordeling i enheten der han/hun jobber og, 2) om det har vært tydelig hva som har vært den enkeltes individuelle ansvar.

80 % av de ansatte svarer at de er enige/delvis enige i at det har vært en tydelig ansvarsfordeling i enheten man har jobbet i under pandemien.

Resultatene viser også at en overveiende stor andel ansatte (90%) er enige i at det er tydelig hva som har vært den enkeltes ansvar under pandemien.

2.3.6 Ansattes oppfatninger om hvordan ledelse av enhetene er utøvet

Resultatene fra spørsmål om ansvarsfordeling, arbeidsmiljø og tilhørighet gjenspeiles også i hvordan respondentene vurderer ledelsen ved egen enhet. Av svarene fremgår det at enhetenes ledelse under pandemien får en relativt god tilbakemelding. 78 % av respondentene sier seg enig/delvis enig i påstanden om at enhetsledelsen har fungert godt under pandemien, og 77 % av respondentene sier seg enig/delvis enig i påstanden om enhetsledelsen har ivaretatt ansattes behov under pandemien. Kvinneklinikken representerer her et unntak. 66 % av respondentene ved Kvinneklinikken uttrykker at de er enig/delvis enig i at enhetsledelsen har fungert godt under pandemien, mens 60 % av respondentene svarer at de er enig/delvis enig i at enhetsledelsen har ivaretatt ansattes behov under pandemien.

Hvordan lederstrukturene faktisk fungerer er også en konsekvens av hvordan feedbacksløyfer fungerer på enhetsnivå. Det betyr at ansatte gis mulighet til å gi tilbakemeldinger, reflektere over erfaringer, men at de også opplever en psykologisk trygghet som skaper klima for å ta opp kritikkverdige forhold uten at den som gjør det opplever frykte for represalier eller andre negative tilsvær. Totalt svarer 79 % av respondentene at de er enige/delvis enige i påstanden om at det er rom for å fremme kritikk. En overveiende stor andel (60 %) svarer her at de er enig.

En annen påstand som spørreundersøkelsen har benyttet for å forstå hvordan ledelsesstrukturene virker har vært å be respondentene å ta stilling til om de har følt seg presset til å arbeide mer enn det som er psykisk eller fysisk forsvarlig. Omtrent 70 % av respondentene svarer at de er enige/delvis enige i at de ikke har følt et slikt press. Enkelte enheter synes imidlertid å ha vært mer presset enn andre, og fritekstsvarerne viser at enkeltmedarbeidere har følt seg tvunget til å jobbe.

Samtidig som ansatte i hovedsak uttrykker at enhetens ledelse har fungert godt under pandemien, viser rapportene fra enhetsledere at de erfarer at sykehusledelsen har gitt dem gode vilkår for å utøve ledelse og styre avdelingen. I en krise av denne typen, der blant annet nye retningslinjer kommer ofte og forutsetninger endres fra uke til uke, er det naturlig at ledere opplever at de ikke får tilstrekkelige tidsfrister og at realismen i vurderinger som er gjort kan erfares som mangelfull, noe også resultatene fra spørreundersøkelsen viser.

2.4 Vurderinger

2.4.1 Evaluators vurdering av i hvilken grad planverk, organisering og strukturer for styring og ledelse av pandemien var på plass og hvordan behovet for tilpasninger ble ivaretatt

Nasjonalt har pandemisk influensa siden Sars vært ansett som den største trusselen mot helsetjenester både når det gjelder sannsynlighet og konsekvens. Det er et ledelses- og styreansvar å sikre tilstrekkelig beredskap. Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa viser etter evaluators mening at pandemi og konsekvens av pandemisk influensa var mulig å forutse. Selv om risikoen for å rammes av en pandemi neppe hadde endret seg mye fra 2015 til 2019, etterlater sårbarhetsanalysene et inntrykk av at etter hvert som avstanden i tid fra forrige pandemi økte, fikk også de nasjonale helseinstitusjonene et fjernere forhold til risiko og konsekvenser en pandemisk influensa ville ha for helsetjenestene. For Ahus skulle manglende risikoanalyser, beredskap og tiltak knyttet til pandemisk influensa vise seg å bli en utfordring. Datagrunnlaget, dokumentanalyse og intervjuer viser at det ikke er gjennomført beredskapsvurderinger i månedlige rapporter for 2019 fra Ahus til Helse Sør-Øst. Beredskap reises heller ikke som en problemstilling i årsrapportene fra Ahus. Kombinasjonen av Ahus sitt opptaksområde (pasienter) og risiko for en pandemisk influensa/pandemi gjør det betimelig å stille spørsmål ved i hvilken grad det var tilstrekkelig beredskap ved sykehuset før mars 2020 for å håndtere en langvarig pandemi både når det gjelder lagerkapasitet, intensivplasser, etterforsyningsavtaleverk, arealplaner osv.

Basert på rapportering til Helse Sør-Øst og svar gitt til koronakommisjonen, er evaluators inntrykk at ledere ved Ahus, før utbruddet av pandemien, ikke hadde satt beredskapsarbeidet tilstrekkelig på dagsorden. Dette er også bekreftet i spørreundersøkelsen og gjennom intervjuer, der det kommer frem at det har variert hvor høy prioritet beredskaps- og planarbeidet har hatt, men at flere skjønte viktigheten av dette etter hvert. Det var en opplevelse av at de fleste bekymringer av denne karakter aldri blir noe av, noe som preget interessen for å delta på møter om pandemiberedskap.

Data, herunder intervju, spørreundersøkelse og dokumentanalyse viser etter evaluators mening at det i Ahus sitt planverk før mars 2020 var vesentlige mangler i beredskapsplanverket til Ahus ved inngangen til pandemien. Det meste av nåværende beredskapsplanverk og andre pandemirelaterte dokumenter som trinnviseplaner, som har gitt Ahus kraft til å drifte sykehuset gjennom pandemien, er utarbeidet etter pandemiens start i mars 2020. Planverk før mars 2020 var hovedsakelig innrettet for å håndtere kortvarige kriser av ulik karakter ved sykehuset. Etter evaluators mening har avstand i tid til forrige influensa redusert oppmerksomheten ved Ahus når det gjelder å planlegge for en nasjonal pandemi med en alvorlighet, kompleksitet, særegenhet og tidsaspekt som covid-19 representerer.

Evaluerings datamateriale viser at det lokale planverket var lite detaljert. Beredskapsplanene blir beskrevet som overordnede og kunne i mindre grad anvendes ved utbrudd av en pandemisk influensa med det omfang vi nå kjenner. Beredskapsplanverket var hverken operasjonalisert eller tilpasset pasientgrunnlaget, både når det gjelder størrelse og demografi. Risikoen ved en pandemi gjenspeilet seg ikke i planverket, og tiltak for å styrke og vedlikeholde nødvendig robusthet over tid var ikke beskrevet. Evaluator kan ikke se at fravær av reservekapasitet i helseforetaket ved en alvorlig pandemi i styrende dokumenter er drøftet opp mot sykehusets generelle kapasitet, arealutfordringer og roller og ansvar for beredskap. Det var ikke utarbeidet et beredskapsplanverk som sikret tilgang til smittevernutstyr, legemidler, personell, arealer mv.

Ahus burde etter evaluators mening hatt en større buffer, mer gjenbruksutstyr og inngått avtaler som sikrer tilførsel av eksempelvis forbruksmateriell i en kritesituasjon. Ahus kunne etablert kontrakter med leverandører for å sikre forsyninger av basalt materiell som eksempelvis engangshansker, ansiktsmasker og annet smittevernutstyr. Dette ble ikke gjort, til tross for at den nasjonale beredskapsplanen for en pandemi (2014) pekte på et potensielt behov for et høyt antall intensivplasser og konsekvensene dette ville ha for sykehus.

Før utbruddet av covid-19 var det ikke utarbeidet risikoanalyser eller risikoscenarioer med forslag til risikoreduserende tiltak som tok høyde for en pandemi som nasjonalt var vurdert som en høy risiko med relativt store konsekvenser. Ahus hadde etablert et relativt stort antall roller med oppgaver og ansvar for kortvarig beredskap som var rettet mot å håndtere kritiske hendelser som ville legge press på deler av virksomheten over et kortere tidsrom. Planverket var ikke tilpasset behovet for å skalere øvrig virksomhet i tråd med bølgene av covid-pasienter¹⁵. I intervju og spørreundersøkelse går det fram at eksisterende bemanning ved Ahus før pandemien hovedsakelig var tilstrekkelig for å ivareta normal drift. Organisasjonen er derfor personell og kapasitetsmessig svært sårbar ved en pandemi.

Evalueringen gir grunnlag for å stille spørsmål ved hvor fleksibel og omstillingsklare bemanningen ved sykehuset var før pandemien. Beredskap handler også om å utvikle fleksible medarbeidere som gjør det mulig å sette inn en større andel av de ansatte mot kritiske områder ved en krise.

Dokumentanalyse og intervjuer viser at det i forkant av pandemien var etablert et stort antall roller med ansvar og oppgaver knyttet til beredskap ved Ahus. Beredskapsplanverket som var gjeldende ved inngangen til pandemien var i mindre grad relevant og anvendelig gitt pandemiens omfang. Spørreundersøkelsen viser også at kunnskap om beredskapsplanverket i varierende grad var kjent i forkant av pandemien blant de ansatte.

¹⁵ Informasjon fra ulike intervjuer

Pandemiberedskap krever fleksibilitet og overskuddskapasitet når det gjelder personell, materiell, utstyr, areal, lager mm. Det var ikke etablert beredskapslager eller utarbeidet planer og avtaler for etterforsyning i et kritisk tilfelle som den opplevde pandemien krevde.

Intervjuer og dokumentanalyse viser at driftsutvalget tidlig i pandemien ble involvert i arbeidet med å utarbeide trinnvise planer for å sikre en forsvarlig eskalering av sykehusets kapasitet ved en økning i antall covid-19 smittede. Det er positivt at det ble etablert flere arbeidsstrømmer relatert til revisjon av planverk og utforming av tiltak. Parallelt ble det igangsatt en rekke tiltak lokalt i de enkelte enhetene ved sykehuset. Etter hvert ble det etablert planer og strukturer som gjorde det mulig å håndtere de skiftende forutsetningene som fulgte i kjølvannet av pandemiens utvikling.

Driftsutvalgets sammensetning skapte grunnlag for at sykehusledelsen fikk gode og forankrede vurderinger og beslutningsgrunnlag. Dette forenklet ledelsens mulighet til å ta raske beslutninger. Driftsutvalget rapporterte til sykehusledelsen.

Den ordinære linjeledelse sikrer forankrede prioriteringer og styring med virksomheten. Dette representerer etter evaluator sin mening et nødvendig paradigmeskifte beredskapsmessig da balansen mellom sykehusets ulike deler blir ivaretatt.

En organisasjon som overlates til en kriseledelse utenfor styringslinjen vil over tid stå i fare for å medføre en uønsket målforskyvning i forhold til samlet pasientgruppes behov og rettigheter. Beredskapsledelse slik den var satt opp i beredskapsplanene hadde ikke nødvendige forutsetninger eller kapasitet til å gjennomføre en kontinuerlig kriseledelse i en situasjon som direkte fikk konsekvenser for samtlige avdelinger på sykehuset. Beredskapsledelsens sammensetning dekket naturlig nok ikke bredden av saksfeltet man måtte forholde seg aktivt til.

Selv om tilnærmingen til beredskap ved Ahus før pandemien var innrettet mot kortvarige kriser/situasjoner ved sykehuset og mangelfull sett i forhold til en langvarig pandemi, har man etter mars 2020 klart å designe og implementere en beredskapsordning, hvor beredskapsledelsen (dvs. operativ ledelse) fortløpende vurderte behovene for å gå i beredskap. Dette gjorde det mulig å styre Ahus sin virksomhet under den langvarige pandemien innenfor de forutsetninger som lå til grunn for driften. Dette har sikret beredskap gjennom tilstrekkelig opp og nedskalering og å holde driften på et høyere nivå for pasienter som ikke var rammet av covid-19 enn om sykehuset kontinuerlig skulle vært i beredskap. Det har også bidratt til at Ahus har klart å prioritere innenfor de ressurser og rammeforustener som forelå, og samtidig redusere uønskede virkninger ved en uunngåelig skjevfordeling mellom beredskapssituasjon og ordinær drift.

Mulige forbedringer

- Ahus bør sørge for at det etableres en felles forståelse for beredskapsplanlegging i samtlige deler av organisasjonen og for de ulike stillingskategorier, og hvordan ledelsen ved sykehuset følger dette opp.
- Ahus bør innarbeide de trinnvise planer som er utarbeidet for styring av kapasitet ved langvarig krise/pandemi i den ordinære beredskapsplanen. I planverket bør det klart fremgå planer for kortvarige kriser/hendelser og kriser av langvarig karakter.
- Ahus bør iverksette en dimensjonert bemanningsplanlegging og opplæring i beredskaps-sammenheng for å sikre en mer fleksibel personellbase som er forberedt til å bidra på kort varsel ved en pandemi ved intensivavdelingen. Dette gjelder leger, sykepleiere, pleiemedhjelpere mv.
- Ahus bør sørge for at sentrale læringspunkter nedfelt i Ahus sitt svar til koronakommisjonen følges opp gjennom en handlingsplan.

2.4.2 Evaluators vurderinger av ledelse- og styringsstruktur og hvordan behovet for tilpasninger ble ivaretatt

Sammenlignet med inngangen til pandemien, er evaluators hovedinntrykk at Ahus etter hvert fikk på plass en ledelses- og styringsstruktur som var velegnet til å håndtere sykehusets utfordringer. Enkelte forhold ved Ahus sin styringsstruktur under pandemien framstår som utfordrende.

Tilbakemeldinger i intervjuer og spørreundersøkelsen på hvordan ledelsen har fungert gjennom pandemien synliggjør et behov for at ledere er mer synlig i en krisesituasjon og at ansatte opplever at det er nødvendig at ledere i større grad er opptatt av å ivareta den enkelte ansattes behov under pandemien.

Lederstrukturene og samhandling på enhetsnivå har i hovedsak fungert på en god måte. Svært mange ansatte har en sterk forpliktelse til fellesskapet og oppgavene de er satt til å utføre. Innenfor det enkelte fellesskap er det positivt at ansatte har hatt mulighet til å gi tilbakemeldinger til ledelsen og reflektere over erfaringer og at de ansatte i hovedtrekk føler seg trygge og at det er et klima for å ta opp kritikkverdige forhold. Evalueringen viser også at ansvarsfordelingen i den enkelte enhet i hovedsak har vært transparent, oppgavestrukturen klar og enhetene har stått sammen om å løse utfordringene. Det bør utvikles relevant rapportering som sikrer kunnskap om forsvarlighet, pasientrettigheter, pasientsikkerhet, konsekvenser og prioriteringer for pasientgrupper, som kan gi sykehusledelsen styringsinformasjon innenfor kritiske områder i tilnærmet sanntid.

Evalueringen viser etter evaluators mening at driftsutvalget har bidratt til gode løsninger og til at Ahus raskt fikk på plass planer for å håndtere en uforutsigbar tilstrømming av pasienter. Driftsutvalget sikret både tilstrekkelig forankring og representerte bredden av kompetanse som var nødvendig for å anbefale relevante løsninger til sykehusledelsen. Arbeidsgruppene i driftsutvalget utredet problemstillinger og fant løsninger og tilpasninger på tvers av organisasjonen, noe som mange har påpekt til vanlig kan være vanskelig.

På den ene siden var bruken av driftsutvalget et klokt grep som gjorde sykehusledelsen bedre i stand til å håndtere en rekke parallelle problemstillinger samtidig. Driftsutvalget bidro til å sikre at beslutninger bygget på vurderinger med tilstrekkelig forankring i linjen. Driftsutvalget var i så henseende et tiltak som gjorde Ahus bedre i stand til å tilpasse seg uforutsigbarhet og skiftende forutsetninger over tid. På den annen side, ble det ikke tatt grep for å håndtere den parallelle beredskapsorganisasjonen. En tilpasning som ytterligere kunne bidratt til å styrke sykehusledelsens evne til å styre virksomheten. Det ble gjennomført en rekke tilpasninger, både som følge av driftsutvalgets arbeid og som følge av forbedringsarbeidet i ulike enhetene. Samtidig er det en rekke behov for tilpasninger som evalueringen viser ikke i tilstrekkelig grad ble ivarettatt, både som følge av at det ikke var etablert gode systemer for tilbakemeldinger i organisasjonen og ved at det ikke var etablert bestemte arenaer hvor en i fellesskap kunne identifisere læringspunkter og dele erfaringer fra arbeid med pandemien.

Mulige forbedringer

- Ahus bør vurdere om beredskap i sterkere grad bør inngå i intern ledelsesutvikling - det er mange nivåer som skal samspille og forventninger til utøvelse av lederskap kan i større grad tydeliggjøres.
- Ahus kan med fordel evaluere roller, ansvar og myndighet til beredskapsorganisasjonen i relasjon til linjeledelsen.
- Ahus kan vurdere hvordan styrings- og informasjonslinjer bør tilpasses til situasjonen og til enkelt funksjoners behov

3 Behandlingskapasitet

Hvordan ble behovene for å tilpasse og styre behandlingskapasitet ivaretatt, herunder lokaler, mottaksområder, poliklinikker og senger?

3.1 Evalueringskriterier

Evalueringskriterier som regulerer beredskapsarbeidet ved Ahus er presentert i sin helhet i kapittel 2. Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst (2016:35) viser til at helseforetakenes beredskapsplaner eller kvalitetshåndbøker skal beskrive eller vise til rutiner for håndtering av:

- situasjoner med en eller få pasienter med alvorlig, allmennfarlig smitte/høyrisikosykdom (høy alvorlighetsgrad og høy risiko for dødelighet.)
- situasjoner med et høyt antall syke eller skadde med allmennfarlig smitte som følge av epidemi, pandemi eller stor ulykke
- situasjoner med fravær eller knapphet på eget personell
- hvilke lokaler/enheter som skal benyttes til isolasjon av smitteførende pasienter og hvordan øvrige lokaler, avdelinger og arbeidsmiljø skjermes mot smittespredning
- hvilke avdelinger/enheter som har ansvar for smitteførende pasienter i slike situasjoner
- ytterligere tiltak med hensyn til sengeplass og isolasjon dersom smitte brer seg eller pasientantallet overstiger sykehusets kapasitet
- bruk av personlig smittevernutstyr for personell og besøkende som skal ha kontakt med aktuelle smitteførende pasienter
- beredskapslagring av smittevernutstyr for høyinfeksiøse infeksjoner
- melding og overvåking av smitteførende pasienter og smittet personell
- transport av smitteførende pasienter i og utenfor sykehus
- reduksjon av elektiv drift.

Helseforetakene skal på grunnlag av nasjonal og regional pandemiplan utarbeide egne pandemiplaner som tar høyde for å håndtere en pandemisituasjon faglig, kapasitetsmessig, personellmessig og utstyrmessig, herunder planer for massevaksinasjon. Veilederen "Pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten" bør benyttes under utarbeiding av planen¹⁶.

3.2 Lokaler

I de nasjonale faglige rådene om pandemiplanlegging for kommuner og helseforetak går det frem at foretakene må utarbeide planer for hvordan man kan utnytte de eksisterende lokaler maksimalt, samt at det skal være planer for etablering av andre lokaler som kan benyttes internt og eksternt når det ikke lengre er tilstrekkelig plass i de ordinære lokalene. I flere intervju påpekes det at lokaler og areal har vært en vedvarende utfordring ved Ahus, og at pandemien ikke har gjort det enklere. Arealeffektiviteten ved Ahus blir beskrevet som en stor utfordring ikke bare under pandemien, men også under influensasезongen, og blir håndtert som en årlig rokade av arealer. Stadig byggeaktivitet og omdisponeringer av areal går ut over noen hele tiden.

Før pandemien kom til Norge hadde Ahus et planverk for pandemisk influensa, samt en handlingsplan fra 2017 som omhandlet akutt overbelegg i sykehuset. Det var ikke utarbeidet en beredskapsplan/ delplan for andre arealdisponeringer i forbindelse med en pandemi ved Ahus.

¹⁶ Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst (2016:8)

Et Ahus-notat fra 13.5.2020 viser en oversikt over planer og tiltak i forbindelse med utbrudd av covid-19. Driftsutvalget har hatt i oppdrag å vurdere og se på driften på tvers av sykehuset, og har hatt ansvar for både å se på hvordan personell kunne frigjøres, og hvordan arealer kunne omdisponeres. Driftsutvalget baserte arbeidet trinnvis plan på en tilnærming av handlingsplanen fra 2017 som omhandler akutt overbelegg i sykehuset. Selv mener driftsutvalget at de lyktes med å gjennomføre de tiltak som sykehusledelsen besluttet med grunnlag i tiltakskortene i den trinnvise planen. Tiltakskortene fungerte etter hensikten og tiltak ble iverksatt på kort tid. Driften ble endret og tilpasset pasienttilstrømningen

I de trinnviseplanene, utarbeidet av driftsutvalget etter 12. mars 2020, er det bl.a. beskrevet endringer i bruk av arealer i forhold ordinær drift. Tiltakskort, tilhørende det enkelte trinn, er konkrete og detaljerte beskrivelser av hvordan klargjøre nye arealer og sikre bemanning til nye covid-områder med angivelse av tid fra beslutning til i driftsettelse. Det ble utarbeidet en trinnvis plan for nedtak av elektiv aktivitet, som ble koordinert med driftsutvalgets plan for bruk av areal til covid-19-pasienter. Trinnvise planer skulle brukes for å justere aktivitet når sykehuset var presset på kapasitet, men ikke var i beredskap.

Driftsutvalget, prosjektdirektør (Hay) i samarbeid med koordinerende beredskapsleder hadde ansvar for planlegging av drift og kapasitetsutnyttelse og utvikling av trinnvise planer, mens Eiendomsavdelingen hadde ansvar for å legge til rette for effektiv arealbruk og byggeprosjekter. Når det gjelder arealdisponeringer skal avdelingen tilrettelegge, fremskaffe og omgjøre arealer ved sykehuset.

Gjennom intervju har det kommet frem at det ved pandemiens start var en rekke utfordringer som fulgte av den eksisterende bygningsmassen og utnyttelsen av denne. Det var lite areal å flytte på for å tilpasse seg en pandemi, noe som førte til særlige arealmessige utfordringer. Dette ble løst ved at ansatte ble sendt hjem, arealer ble stengt ned og omdisponert til pandemiformål og lignende. Det er påpekt at det er et problem at man på grunn av arealutfordringene ved sykehuset kontinuerlig må flytte på folk på grunn av endringer i arealbruken.

I intervjuer kommer det fram at det ved første faser av pandemien i 2020 har vært en rekke midlertidige byggetiltak. Tempoet på disse tiltakene har gått på bekostning av ansattes krav og behov for involvering og medvirkning. I ettertid har det vist seg at praktiske arealløsninger og midlertidige konstruksjoner fungerer på en god måte.

Under pandemien var det tidvis krevende for bygningsarbeidere som skulle arbeide i et operativt sykehusmiljø. I perioder ble eksterne og interne bygningsarbeidere og ansatte i gult smittevernantrekk blandet, noe flere beskriver som uheldig.

I svar til koronakommisjonen kommer det fram at arealbegrensinger har gjort det vanskelig å oppskalere bl.a. drift av laboratoriet, og at de arealmessige forutsetningene for å drive laboratorium i så stor skala som pandemien krever ikke har vært til stede. På et areal hvor det før pandemien arbeidet under 15 ansatte på dagtid, var det på det meste under pandemien rundt 80 ansatte på kveld/natt og helgevakter. Korte engasjementstillinger medførte stor utskiftning og dermed mye opplæring. På toppene i pandemien leverte laboratoriet ca. 50 000 analyseprøver i uka. Små arealer med påfølgende dårlig luftkvalitet skapte ugunstige arbeidsforhold for de som jobbet på laboratoriet. Stillerom og møterom ble tatt i bruk som laboratorium. Dette var et grep som medførte økt belastning på medarbeidere. Ett fritekstsvar fra spørreundersøkelsen illustrerer dette:

«Det er for dårlig areal for å kunne ivareta den oppgaven laboratoriene fikk med storvolumstesting. Det har gått utover arbeidsmiljøet, følelse av at dette ikke har blitt tatt hensyn til oppover i "linjen". Innad på vår enhet har det blitt gjort positive endringer for å ivareta behov for kontorareal, men det var fortsatt behov for mer.»

3.3 Mottaksområder

I henhold til nasjonalfaglige råd for pandemiplanlegging skal det enkelte foretak utarbeide planer for hvordan kapasitet ved pasientmottak og poliklinikker kan økes, det skal utarbeides planer for alternativ

mottaksavdeling for pasienter med influensa, rutiner for triage av pasienter og det skal etableres avtaler som sikrer tilstrekkelig mottakskapasitet, også utenfor helseforetaket.

Ahus har landets største akuttmottak med ca. 46 000 innleggelser årlig, og 125 pasienter per døgn i snitt. I svar til koronakommisjonen, gjennom intervjuer og gjennom frittekstsvar i spørreundersøkelsen går det frem at Akuttmottaket var underdimensjonert for å håndtere et høyt antall smittepasienter. I tillegg til å være underdimensjonert, fantes det heller ikke et tilstrekkelig antall sluser/smitterom i akuttmottaket for å håndtere strømmen av covid-19 pasienter. Dette utfordret Ahus sin evne til å ivareta smittevern i akuttmottaket. I et frittekstsvar fra spørreundersøkelsen hevdes følgende:

«Plassmangel både i akuttmottaket og på sengepost har medført stor risiko for pasientsikkerheten, og har medført flere episoder med fullstendig uverdigg behandling av eldre og svært syke pasienter. (...) Spesielt i akuttmottaket har arbeidsforholdene vært (...) elendige.(...)»

Akuttmottaket har dårlig ventilasjon og for lav kapasitet på arbeidsstasjoner. I løpet av noen få uker, innledningsvis i pandemien, gjennomførte Ahus store endringer i akuttmottaket. I spørreundersøkelsen påpekes det av flere at omstillingen i akuttmottaket har vært imponerende og inspirerende.

En artikkel¹⁷ i Tidsskrift for Den Norske legeforening gir en god og oversiktlig beskrivelse av hvilke tiltak som ble gjort i akuttmottaket for å møte endrede forutsetninger i pasientstrømmen.

De første tiltakene som ble iverksatt var etablering av en felles inngang til akuttmottaket og sortering av pasienter etter smitterisiko.

Akuttmottaket ble delt i to soner for henholdsvis pasienter med og uten mistanke om covid-19. Ambulansehallen ble tatt i bruk som felles inngang for akuttmottaket. Det ble etablert 20 bårplasser til triage samt arbeidsstasjoner for både klinisk og merkantilt personell. Ved sorteringspunktet vurderte en lege risiko for covid-19 (ut fra et avkrysningsskjema). Pasienter som ikke fylte noen av kriteriene ble transportert til covid-fri sone, mens øvrige pasienter, med mistanke om covid-19, ble delt inn i to kohorter; en for de med høy risiko for smitteoverføring, og en for de med lav risiko for smitteoverføring.

For å øke den totale kapasiteten ble ti senger på observasjonsposten tilknyttet akuttmottaket omgjort til undersøkelses- og behandlingsplasser for pasienter uten mistanke om covid-19. Ved mottak av kritisk syke pasienter med mistenkt eller bekreftet covid-19 må det tas ekstra smittevernhensyn. Alt utstyr må desinfiseres etter bruk, og aerosoldannede prosedyrer som intubasjon burde gjøres på rom med undertrykksventilasjon. Akuttstuene ved Ahus var ikke egnet til dette formålet. To eksisterende mottaksrom ble derfor bygget om til akuttrom med sluse og undertrykksventilasjon. Det ble gjennomført simuleringstrening på rommene for å identifisere og forbedre problemer. Det ble opprettet en røntgenstasjon i ambulansehallen med bruk av portabel røntgen thorax. Flesteparten av pasientene med bekreftet smitte eller mistanke om covid gjennomgikk røntgenundersøkelse av lunger. Transporten til radiologisk avdeling utgjorde en smitterisiko, og det skapte behov for ekstra smittevernsutstyr, og desinfeksjon av stue brukt til røntgen.

Respondentene er delt i sin oppfatning av hvordan ambulansehallen har fungert som akuttmottak. På den ene siden anses det ikke som akseptabelt å benytte ambulansehallen til dette formålet, herunder vises det til dårlige arbeidsforhold. På den annen side framkommer det at ambulansehallen er et alternativ som fungerer godt, og at hallen er et bedre alternativ enn eksempelvis telt.

Kapasitetsproblemer i sykehuset har ført til at akuttmottaket, etter medarbeiderens mening, har hatt mange pasienter liggende for lenge. Pasienter har i flere tilfeller blitt liggende i akuttmottaket over natten grunnet manglende plass på sykehuset. Dette sitatet fra spørreundersøkelsen beskriver situasjonen:

¹⁷ covid-19-pandemien i et mottaksperspektiv | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)

«På grunn av et svært presset sykehus, uten plass til pasientene, har det vært svært tøffe vakter i akuttmottaket. Følelse av et ukontrollert kaos, hvor du jobber med høy puls i 13-14 timer og du føler på at du ikke får gjort jobben din. Opplevelse av dette er at det går ut over pasientsikkerheten ...»

3.4 Poliklinikker

I de nasjonalfaglige rådene går det fram at helseforetakene må utarbeide planer for å øke kapasiteten i poliklinikker, herunder utforme planer for alternative poliklinikker for pasienter med influensa. Ahus hadde ikke før mars 2020 utarbeidet planer for hvordan kapasiteten i poliklinikk kunne dimensjoneres ved en eventuell pandemi.

Gjennom pandemien har Ahus hatt et stort nedtrekk av poliklinisk aktivitet og dagkirurgi. Det er uklart om det er utarbeidet en prioritering av hvilke poliklinikker som skulle skjermes eller ikke. Unntaket er bl.a. kreftpasienter, som har vært skjermet. I første fase av pandemien stengte poliklinikker og dagkirurgi ned som følge av krav fra nasjonale myndigheter om å redusere kontakt mellom mennesker. Senere ble aktivitet ved poliklinikker og dagkirurgisk virksomhet trukket ned for å frigjøre personell til covid-19-pasienter. Når poliklinikkene stenger, kan en konsekvens bli at et stort antall polikliniske pasienter overføres til akuttmottak. Flere medarbeidere begrunner stort arbeids- og kapasitetspress i akuttmottaket nettopp med at mange av de polikliniske pasientene kom dit. Akuttmottaket hadde stor tilstrømming av akutte pasienter og skal i utgangspunktet ikke ta kontrolltimer. Det oppgis at poliklinikkene som har vært åpne har stengt til faste tider, og at poliklinikkene ikke har tatt noe av overtidsbelastningen.

Da poliklinikker stengte fantes det ingen plan for legeressursene ved poliklinikkene. Det framstår ikke klart om tilgjengelige legeressurser ble benyttet innenfor bemanningskritiske områder.

3.5 Senger

Helseforetak skal ha planer for hvordan omdisponering av sengeplasser kan øke behandlingskapasiteten for pasienter med influensa og samtidig ivareta forsvarlig smittevern. I henhold til de nasjonalfaglige rådene for pandemiplanleggingen må sykehuset utarbeide planer for utvidelse av sengeplasser på ordinære sengeposter, i intensivavdelinger, reservelokaler og kohortisolering. Det må også finnes planer for omdisponering av sengeplasser. Foretakene må ha planer for hvordan avlysning eller utsettelse av elektive undersøkelser og behandling kan bidra til å frigjøre sengeplasser.

I Ahus sitt svar til koronakommisjonen går det fram at driftsutvalget utarbeidet planer for sengekapasiteten som inkluderte både rom, senger og personell/kompetanse. Ordinær infeksjonspost hadde 22 senger. Basert på FHI's scenario fra 12.03.20 er det beskrevet et behov ved Ahus for 185 senger hvorav ca. 120 ordinære og 65 intensivplasser. Det ble utarbeidet en trinnsvis plan for opptrapping til 160 senger på Nordbyhagen og 18 senger på Kongsvinger sykehus. For å realisere planen var det nødvendig å ta ned elektiv aktivitet, slik at pasienter fikk forlenget ventetid på behandling der dette var medisinsk forsvarlig. Videre ble fagavdelinger flyttet eller slått sammen for å frigjøre plass til pasienter med covid-19.

For å legge til rette for scenarioplanlegging på strategisk nivå, nedsatte sykehusledelsen en strategisk planleggingsgruppe bestående av viseadministrerende direktør, økonomidirektør, divisjonsdirektør facilities management, HR-direktør, divisjonsdirektør medisin og klinikkdirektør ortopedi. Denne gruppen avløste koordineringsgruppen, som hadde delegert de operative oppgavene til driftsutvalget. Gruppen avlastet ledergruppen, som særlig hadde behov for å frigjøre tid til løpende oppgaver i den kliniske virksomheten. Den strategiske planleggingsgruppen arbeidet blant annet med langsiktig planlegging av kapasitetsbehovet basert på Folkehelseinstituttets anbefaling.

24.3.2020 ble scenarioet fra FHI justert. Ahus fikk i oppdrag å planlegge for 469 senger, hvorav 344 ordinære. Strategisk planleggingsgruppe ved Ahus identifiserte 1-2 sengeområder som kunne dekke noe av sengebehovet for pasienter med covid-19. Imidlertid var det krevende å få på plass det anslåtte sengebehovet uten å leie plasser eksternt. Videre ble det inngått avtaler med LHL-sykehuset om å leie inntil 70 sengeplasser.

3.5.1 Intensivkapasitet

Gjennom intervju går det frem at kapasiteten ved intensivavdelingen også før pandemien har vært lav. Når pandemien inntraff, var intensivkapasiteten ti plasser på Nordbyhagen og tre fullverdige plasser på Kongsvinger. Totalt hadde Ahus på dette tidspunktet 35 respiratorer. I realiteten hadde en lokaler og utstyr til 19 intensivplasser ved Nordbyhagen, men bare bemanning til 10. Det fantes ingen planer for å oppskalere intensivsenger når pandemien traff Ahus i mars 2020. Før planleggingsfase ble basert på FHI's hovedscenario og innebar et behov på 65 intensivplasser.

Det ble laget en plan med fire trinn. Trinn 1- intensiv, trinn 2 – intensiv inkludert medisinsk overvåking, trinn-3 og trinn-4 (32 til 65 plasser) bruk av dagkirurgisk senter (DKS). De trinnvise planene førte til at intensivten, postoperativ og medisinsk overvåking ble satt sammen til en stor intensivsenhet. På grunn av mangel på respiratorer måtte flere av disse plassene utstyres med ventilatorer. Respiratorer ble samlet internt, og det ble bestilt flere fra leverandør for å få tilstrekkelig kapasitet til disse sengene. I tillegg ble det leid tre respiratorer fra LHL. Utstyret ble testet på DKS, men ble ikke tatt i bruk.

Parallelt med planlegging av kapasiteten til å ta imot covid-19-pasienter i akuttmottak, på sengeområder og intensivsenheter, ble det lagt en trinnvis plan for bemanning av disse funksjonene. Planleggingsfasen var tilsvarende på Kongsvinger som på Nordbyhagen. Hovedplanen var opprinnelig at alle covid-19 pasienter med behov for intensivbehandling skulle behandles på Nordbyhagen, men dette ble endret. Intensivavdelingen på Kongsvinger sykehus har 6 plasser i sin overvåkingsenhet, hvorav 3 fullverdige intensivplasser. Det ble derfor utarbeidet en trinnvis opptrappingsplan for intensivkapasiteten også på Kongsvinger. Det ble også gjort ombygginger i akuttmottaket for å øke kapasiteten.

3.6 Vurderinger

3.6.1 Evaluators vurdering av hvordan behovene for å tilpasse og styre behandlingsskapasitet ble ivarettatt

Sykehuset har siden 2017 hatt handlingsplaner ved akutt overbelegg og kapasitetsutfordringer med tilhørende tiltakskort. Tiltakskortene har vært iverksatt ved behov. Behovet for å styre og tilpasse behandlingsskapasitet ble under pandemien ivarettatt gjennom trinnvise planer som bygger på handlingsplan og tiltakskort for akutt overbelegg og kapasitetsutfordringer.

De trinnviseplanene har bidratt til forutsetninger for å gjennomføre raske endringer når dette har vært nødvendig. De trinnvise planene har fungert som et godt verktøy for å håndtere endrede krav til behandlingsskapasitet. Evalueringen viser at de trinnviseplanene har karakter av beredskapsarbeid, samtidig som ordinær beslutningsmatrise og linjeorganisasjon er intakt. De trinnvise planene har gjort det mulig for foretaket opprettholde tilnærmet ordinær drift over lengre perioder, og muliggjort høyere behandlingsskapasitet enn hva som hadde vært mulig i lengre perioder med beredskap.

Eksisterende bygningsmasse ved Ahus er ikke tilpasset en pandemi, og sykehuset hadde ikke ved pandemi-starten beredskapsplan for tilpasning av eksisterende bygningsmasse eller andre virkemidler for å øke arealer til pasientbehandling. Ahus har likevel klart å tilpasse arealer til skiftende forutsetninger innenfor et kort tidsrom.

Ahus hadde, arealmessig, liten mulighet til å skalere opp sykehusets laboratoriekapasitet etter mars 2020. Analysekapasitet kunne vært utvidet ved at sykehuset etablerte laboratorier i eksterne lokaler, utenfor sykehuset. Intervjuer og fritekstsvaret i spørreundersøkelsen viser at arbeidsforholdene til de som har jobbet ved laboratoriet oppleves å ha vært krevende.

Før pandemien hadde ikke Ahus planer for hvordan kapasiteten ved akuttmottaket kunne økes ved en pandemi. Ahus har etter evaluators mening likevel tilpasset løsningene for akuttmottaket på en god måte innenfor eksisterende rammer.

Evaluerings datagrunnlag viser at Ahus har styrt behandlingskapasiteten mot covid-19-pasienter. Som et resultat av denne prioriteringen er aktiviteten ved poliklinikker og operasjon redusert. Manglende planer for omdisponering av leger kan ha bidratt til det som beskrives å være en noe ujevn belastning på personell.

Før pandemien hadde ikke Ahus planer for hvordan antall sengeplasser innen overvåkning og intensiv kunne økes og bemannes ved en stor pasientstrøm med alvorlig syke og smittsomme pasienter. Sykehuset bør etter evaluators mening vurdere bemanningsfaktor og kompetansesammensetning ved kriser som under en pandemi, herunder bemanningssammensetning for sykepleiere og leger. Det kan med fordel vurderes tiltak for opplæring av ulikt personell/funksjoner til å gjøre kritiske oppgaver skulder ved skulder med utdannet intensivpersonell for på denne måten å etablere en buffer i tilfelle personellmangel.

Ahus bør vurdere å etablere plan for rekkefølgebestemmelser for fremtidig arealdisponeringer (enkeltrum versus sengekohorter) i en krisesituasjon.

Mulige forbedringer

- Ahus kan vurdere å utarbeide planer for hvordan akuttmottaket skal utformes og tilpasses ved fremtidige pandemier med allmenn farlig smittsom sykdom.
- Ahus bør vurdere nærmere hva som er forsvarlig bemanningsfaktor og kompetansesammensetning ved kriser.
- Ahus bør utarbeide en helhetlig plan for omdisponering av leger under kriser som en pandemi.
- Ahus bør arbeide med å sikre en mer helhetlig forståelse for viktigheten av kohortorganisering, og etablere en plan for rekkefølgebestemmelser for fremtidig arealdisponeringer.
- Ahus kan vurdere å utarbeide planer for fleksibel oppbemanning av sykehusets intensivkapasitet tilpasset en pandemisituasjon.
- Ahus bør vurdere å etablere en «pandemilab» for en mer helhetlig arbeidsprosess under kritiske situasjoner som pandemi.

4 Tilstrekkelig og kvalifisert personell

Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell ivaretatt, herunder bruk av kompetanse og ressurser hos personell som har arbeidet fra hjemmekontor?

4.1 Evalueringskriterier

Arbeidsgivers styringsrett kan beskrives som en ulovfestet rett for arbeidsgiver til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet til sine ansatte. I kraft av styringsretten har arbeidsgiver et handlingsrom til å ensidig treffe beslutninger som direkte eller indirekte får betydning for den enkelte arbeidstaker og dennes arbeidsforhold. Det ligger i arbeidsforholdets natur at arbeidsgivers og arbeidstakers rettigheter og plikter overfor hverandre vil kunne endre seg i løpet av arbeidsforholdet. Det er likevel en forutsetning for utøvelse av styringsretten at endringene som arbeidsgiver iverksetter ikke medfører at stillingens grunnpreg endres. Endringer som ikke innebærer en vesentlig endring av arbeidsforholdet og som ikke endrer stillingens grunnpreg, er innenfor arbeidsgivers styringsrett.

Styringsretten gjelder likevel ikke ubegrenset, og arbeidsgiver har ikke et ubetinget handlingsrom til å treffe ensidige beslutninger med konsekvenser for arbeidsforholdet. Rammene for styringsretten vil for det første kunne begrenses av lover og tilhørende forskrifter og forarbeider. Også praksis fra domstolene og andre relevante organer vil også kunne sette skranke for arbeidsgivers styringsrett. Videre vil avtaler og praksis mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kunne begrense arbeidsgivers handlingsrom. Både kollektive avtaler og individuelle arbeidsavtaler setter må tillegges betydning i vurderingen av hvilke handlinger arbeidsgiver kan iverksette med konsekvenser for den enkelte arbeidstakers arbeidsforhold. Overordnede saklighetsnormer må også tillegges betydning. Et utgangspunkt for de overordnede rammene er prinsippet om at endringer i kraft av arbeidsgivers styringsrett må være bygget på et saklig grunnlag. I Rt. 2001 s. 418 uttalte Høyesterett at «[u]tøvelse av arbeidsgivers styringsrett stiller visse krav til saksbehandlingen, det må foreligge et forsvarlig grunnlag for avgjørelsen, som ikke må være vilkårlig, eller basert på utenforliggende hensyn».

4.2 Omdisponering og rekruttering av personell

I første bølge, med økt tilstrømming av covid-19-pasienter, ble det utarbeidet en modell for omdisponering av personell for å bemanne akuttinntak, covid-sengeområder, intensiv og overvåkingsenheter. Ordningen ble besluttet av sykehusledelsen 24. mars 2020. Dette innebar blant annet å etablere en felles ressurspool for å sikre kompetent bemanning til covid-områdene. Prinsippet for sommerferieplanlegging, med 2/3 kjent personell til stede, ble benyttet som grunntanke i modellen, som bygger på at alle seksjoner i voksensomatikk skulle avgi 1/3 ansatte til ressurspoolen. Omfanget er beregnet ut fra årsverk i bemanningsplan. Videre ble det gjennomført rekruttering for å erstatte omdisponert personell. Et viktig prinsipp i omdisponeringen var «flest mulig – lengst mulig». Hensikten med dette var å sikre kontinuitet og skape gode vilkår for:

- pasientsikkerhet – styrke kontinuitet rundt pasienten og derav pasientsikkerheten
- arbeidsmiljø – opparbeide kjente innarbeidede team og bygge opp midlertidige, men robuste arbeidsmiljøer
- opplæring – sikre nødvendig opplæring til personell

Ansvar for å identifisere personell som kunne omdisponeres ble lagt til nærmeste leder. Det var forutsatt at dette skulle forgå i dialog med ansatte, og at deres ønsker og behov skulle danne grunnlaget for prioriteringer. Så langt det lot seg gjøre skulle omdisponeringen være basert på frivillighet.

Gjennom våren og sommeren 2020 ble det gjort en grundig kartlegging av kritisk drift og mulighet for å frigjøre ytterligere helsepersonell. Parallelt med planlegging av kapasiteten til å ta imot covid-19-pasienter i akuttmottak, på sengeområder og intensivenheter, ble det lagt en trinnvis plan for bemanning av disse funksjonene. Tilsvarende som for pleiepersonell og kontorfaglig personell ble det utarbeidet en modell for omdisponering av leger. Det ble inngått en ny sentral avtale for leger knyttet til covid-19. Denne ble lagt til grunn for planlegging av legetjenesten. Kapasitet for utdanning av legespesialister ble opprettholdt.

I den første bølgen i pandemien ble personellbehov relatert til intensivkapasitet håndtert internt i Kirurgisk divisjon mens medisinsk personell ble omdisponert til sengeområder. Kirurgiske sykepleiere, som innledningsvis ble brukt for å bistå intensivavdelinger, blir opplyst å være prosedyresterke. Medisinsk sykepleierkompetanse vurderes på sin side å være mer relevant for å behandle kritisk syke pasienter med organsvikt. I intervjuer påpekes det derfor at sykepleiere fra Medisinsk avdeling, innledningsvis i pandemien, i større grad kunne vært benyttet i intensivbehandling.

50 % av lederne (n=119) er enig eller delvis enig i at omdisponeringen har hatt uheldige følger for driften av de respektive ledes enhet. 80 % av lederne (n=119) er uenig eller delvis uenig i at enheten de leder har fått erstattet tilsvarende kompetanse som ble omdisponert. Ahus har som følge av erfaringer fra tidlig i pandemien forbedret evnen til å flytte riktig kompetanse/personell til overvåking og intensivområdet. Samtidig har sykehuset gjennom perioden klart å begrense kompetanse/ personellvakuemet som oppstår i avgivende avdelinger.

Av de om lag 1000 respondentene som har svart at de har håndtert covid-9-pasienter, svarer 45 % at de er uenig eller delvis uenig i at det i de respektive enheter har vært en god balanse mellom arbeidsoppgaver og personell under pandemien. Av samlet antall respondenter svarer 35 % at de er uenig eller delvis uenig i denne påstanden.

Det ble etablert en ordning for forsterket legetjeneste til prioriterte områder. Opplæring startet puljevis fra 14. april 2020. Etter at opplæringen var gjennomført ble legene tilbakeført til sine avdelinger, og utkalt i henhold til avtale mellom prioritert område og leder for avgivende avdeling. Av 334 ledere som har svart på spørreundersøkelsen svarer 36 % bekreftende på at en konsekvens av pandemien har vært omdisponert personell fra de respektive ledernes enheter.

4.2.1 Graden av frivillighet for å omdisponeres

Av relevant personell som har svart på spørreundersøkelsen er det 7 % (n=1874) som opplyser at de har blitt forespurt om omdisponering til andre avdelinger som en konsekvens av pandemien. Av respondentene som opplyser at de har vært omdisponert (n=233) svarer 37 % at de er uenig eller delvis uenig i at omdisponeringen har vært frivillig. 27,5 % (n=120) av lederne som har svart at personell fra deres enhet har vært omdisponert, gir uttrykk for at de er uenig eller delvis uenig i at omdisponeringen har vært frivillig fra de ansattes side.

I fritekstsvarene synliggjøres ansattes subjektive opplevelser av at omdisponeringen ikke har vært frivillig. Manglende forståelse og dialog mellom ledere og ansatte samt opplevd press, er momenter som går igjen i svar fra ansatte som har opplevd at omplassering ikke var frivillig. Disse sitatene fra spørreundersøkelsen illustrerer dette:

«Det er tatt ingen hensyn til personlige forhold når man har blitt omplassert. Verken at man har ansvar for små barn, har samboer i turnus som er hardt presset fra sin arbeidsgiver under pandemien samt at man har gradert sykemelding grunnet senvirkninger av covid. Man føler seg lite verdt og som en brikke i et spill. De som hadde ansvar for å kartlegge hvem som kunne omdisponeres hadde ingen samtale med oss eller viste noen interesse for våre forhold utenom arbeid.»

«Man ble presset til å skrive under på "villighetserklæring" for omdisponering. Når man ga uttrykk for at man ikke ønsket dette, ble det tatt dårlig imot. Siste "villighetserklæring" skrev jeg at jeg ikke ønsket omdisponering uten at det ble hørt på noe måte. Lite forståelse fra ledelse og HR.»

«I april-20 ble jeg informert om at det var besluttet at jeg skulle være omdisponert til intensiv gjennom sommeren. Dette var en beslutning som ble tatt uten å diskutere dette med meg, og som jeg ikke var interessert i, da jeg hadde avtalt å jobbe på "min" avdeling hele sommeren og ha ferie på høsten. Smittesituasjonen var på det tidspunktet slik at det var svært få pasienter med covid-19 som trengte intensivbehandling, og jeg ønsket ikke å være "sommervikar" på intensiv bare fordi de trengte ekstra personell. Saken min ble tatt opp i ledelsen, og jeg ble ikke omdisponert lenger enn det som opprinnelig var avtalt.»

Av de som opplyser at de takket nei til omdisponering (n= 133) svarer 1,5 % ja på spørsmålet om det har fått noen konsekvens for den enkelte at de takket nei. 4 % ønsker ikke å svare.

4.2.2 Ansattes erfaringer med omdisponering

62 % av de spurte er helt eller delvis enige i at omplassering har vært positiv på grunn av at respondenten har fått nye utfordringer. 30 % av de spurte er uenig eller delvis uenig i at omplasseringen oppleves positivt. I intervju blir det opplyst at mange ansatte har fått nye utfordringer. Det har vært etablert stoppunkter i omdisponeringene, basert på estimat for de ulike bølgene. Det er også gjennomført et arbeid hvor det ble vurdert om ansatte bør byttes ut, enten på grunn av at de ikke tålte eller ønsket arbeidsbelastningen.

- 32 % av (n=119) lederne som har svart på undersøkelsen er enig i eller delvis enig i at omplasseringen har vært positiv for de ansatte gjennom at de har fått nye utfordringer.
- 79 % av de omdisponerte gir i spørreundersøkelsen uttrykk for at de er enig eller delvis enig i at de ble godt mottatt i den avdelingen som de ble omdisponert til.

Lederne (n=39), som mottok omdisponert personell, svarer bekreftende på at de opplever at de omdisponerte ble godt mottatt i de respektive lederes enheter.

- 53 % (n=233) av de som ble omdisponert opplevde at det var en klar ansvarsfordeling mellom avgivende og mottakende avdeling.
- 30 % av lederne (n=39) som mottok omdisponerte fra andre avdelinger er uenig eller delvis uenig i at de opplevde at det var en klar ansvarsfordeling mellom avgivende og mottakende avdeling.

De omdisponerte svarer følgende på spørsmål knyttet til kompetanse:

- 70 % av de omdisponerte er helt eller delvis enig i at de opplever at de har hatt tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientsikkerheten i den avdelingen de ble omdisponert til.
- 32 % av de omdisponerte er uenig eller delvis uenig i at de fikk tilstrekkelig opplæring i de arbeidsoppgaver som de ble satt til i ny avdeling. For ledere som mottok omdisponert personell (n=39) er 80 % enig eller delvis enig i at omdisponerte fikk tilstrekkelig opplæring i nye arbeidsoppgaver når de ankom ny avdeling.
- 80 % (n=233) av de omdisponerte opplever at de behersket arbeidsoppgavene de ble satt til, mens 15 % svarer delvis uenig/uenig. 5 % svarer vet ikke/ikke relevant. 80 % av lederne som arbeidet med omdisponert personell oppfatter at de omdisponerte behersket arbeidsoppgavene de ble satt til i ny avdeling (n=39).

Til tross for at flesteparten av de omdisponerte har opplevd å ha tilstrekkelig kompetanse til å sikre pasientsikkerheten i ny avdeling, og også opplevde at de behersket arbeidsoppgavene de ble satt til, er det også eksempler på det motsatte. Disse fritekstsvarene fra spørreundersøkelsen illustrerer dette på en god måte:

«Lite og tilfeldig opplæring. Man blir ikke intensivsykepleier med tre dagers opplæring.»

«Jeg er intensivsykepleier og tok utdannelsen med bindingstid på hjerteovervåkingen. Jeg har aldri jobbet med respiratorpasienter. Dette har jeg formidlet fra første stund. Jeg har ikke kompetanse til å ha ansvar for en alvorlig syk pasient på respirator. Dette er blitt tatt lite hensyn til. Og jeg har mange ganger blitt satt

i situasjoner jeg ikke har forutsetning for å mestre. Jeg gjorde så godt jeg kunne, men mange ganger måtte jeg si i fra og det ble ikke alltid tatt like godt imot. Jeg kan mye og jeg vil jobbe - men man gikk automatisk utfra at en intensivsykepleier=er respiratorkyndig. Dette er ikke realiteten.»

«24 år siden sist jeg jobbet på intensiv. Ingen opplæring når vi ble omplassert, bare følge forskjellig personal og pasienter hver vakt. Ingen som spurte hverken ledere eller de jeg jobbet sammen med hvilken kompetanse jeg hadde.»

Når det gjelder forhold knyttet til lønn, turnus og lignende er 33 % (n=232) av de omdisponerte delvis uenig eller uenig i at dette ble avklart tidsriktig med hensyn til oppstart i ny avdeling/arbeidsplass. I intervju blir det opplyst at en av de største utfordringene var å få dette gjort på en god måte med vernetjenesten og tillitsvalgte og få organisasjonen med på laget uten en opplevelse av at ting gikk for fort. Gjennom intervju kom det også frem at en manglet informasjon om avtaler og at formelle prosesser ikke ble gjennomført på en forsvarlig måte, samtidig som avtaler kom i stand veldig lenge etter at behovet var varslet. Medarbeidere har opplevd at HR ikke har fulgt opp på en tilstrekkelig måte, og at en har manglet avklaringer.

4.3 Innlån og rekruttering av personell fra andre foretak og bransjer

I begynnelsen av pandemien ble det lånt inn personale fra andre foretak. Etter hvert som pandemien utviklet seg og utfordringene på andre helseforetak ble større, ble tilgjengelighet på annet personell, spesielt intensivsykepleiere, redusert. På grunn av stengte grenser, testregime og karantenebestemmelser ble det mer utfordrende å få tak i innleid personell fra vikarbyråer (utenlandske vikarer). Et antall ansatte ble rekruttert fra andre bransjer for å dekke opp mangler i organisasjonen. Det blir i intervju påpekt at det er rom i lovverket for å bruke midlertidighet. Det oppleves utfordringer knyttet til dette på grunn av at flere midlertidige har krav på fast stilling. I ytterste konsekvens kan dette utløse en nedbemanning, men p.t. er man ikke akutt bekymret for at dette skal skje.

4.4 Bruk av hjemmekontor

Evalueringen skal svare på hvordan behovene for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell er ivarettatt, herunder bruk av kompetanse og ressurser hos personell som har arbeidet fra hjemmekontor. Spørsmållstillingen vedrørende bruk av hjemmekontor handler kort om Ahus har klart å utnytte kompetansen til medarbeidere som jobber hjemmefra. I Spørreundersøkelsen er det stilt spørsmål ved om det er tilrettelagt fysisk for bruk av hjemmekontor, om den enkelte har fått brukt sin kompetanse fra hjemmekontoret og hvordan kollegial støtte og ledelse har fungert for medarbeidere som har jobbet hjemmefra.

Ansattes erfaringer med bruk av hjemmekontor fremstår i hovedsak som positivt. Av de som har svart på spørreundersøkelsen oppgir 26 % at de har utført ledelse og administrative oppgaver fra hjemmekontor, 5,5 % har hovedsakelig utført pasientbehandling fra hjemmekontor, mens resten av respondentene ikke har utført arbeid fra hjemmekontor. 85 % av de som oppgir at de har vært på hjemmekontor svarer at de er helt eller delvis enig i at de har fungert godt på hjemmekontoret, og har fått gjort sine arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte til riktig tid. 32,4 % av de spurte (n=801) mener at det i liten eller svært liten grad har vært tilrettelagt for hjemmekontor med utstyr, pc/skjem. Ca. 40 % av de spurte oppgir at det i noen, liten eller svært liten grad har vært tilrettelagt for kollegial støtte på hjemmekontor. Bare 11 % er delvis eller helt uenig i at de har følt seg inkludert i enhetens arbeid på hjemmekontor.

I spørreundersøkelsen er det nærmere 600 fritekstsvaer på spørsmål og påstander knyttet til hjemmekontor. Selv om tendensen i materialet viser til at ansatte i hovedsak har hatt positive erfaringer med hvordan Ahus etter hvert har håndtert ordningen med hjemmekontor, er det variasjoner når det kommer til grad av fleksibilitet, i hvilken grad det har forringet arbeidsmiljøet og hvordan ansatte erfarer at ledere har tilrettelagt for ordningen i den enkelte avdeling og divisjon. To sitater fra spørreundersøkelsen er egnet til å illustrere dette:

«Vi ble raskt ivarettatt og fikk hjemmekontor. Er fortsatt på hjemmekontor og det er det beste som har skjedd noen gang i mine 20 års fartstid på Ahus. Det er tilrettelagt med 2 skjermer, god stol og alt vi

måtte trenge. Jeg har hatt jevn kontakt med leder hele veien og med mine kollegaer digitalt. Ikke arbeidsmiljø på samme måte som vi er vant til, men fortsatt et arbeidsmiljø. Lunsj på Skype. Møter på Skype. Har aldri følt meg friskere, rukket å gjøre så mye arbeid noen gang, som jeg har fått gjort de to siste årene.»

«Jeg opplevde at hjemmekontor var for effektivt. På min enhet var vi mange som jobbet i strekk uten pauser hele arbeidsdagen. Selv om vi skulle ta pauser var det tidkrevende å måtte ha kontakt via tlf, videoløsning og skriveoppgaver. Etter hvert ble jeg og flere kollegaer slitne av et høyt tempo og mye produksjon.»

Dette er fritekstsvar som i hovedsak summerer opp hvordan en stor respondentgruppe erfarer at ordningen har fungert. Når man går nærmere inn på fritekstsvarene finner evaluator at denne typen erfaring i stor grad speiler hjemmekontoret som en god løsning for noen typer oppgaver og det fungerer godt sosialt der arbeidsmiljøet og samholdet er godt og der man har klart å etablere gode digitale arenaer. 85 % av de som oppgir at de har vært på hjemmekontor svarer at de er helt eller delvis enig i at de har fungert godt på hjemmekontoret, og at de har fått gjort sine arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte til riktig tid. De aller fleste av respondentene har videre gitt uttrykk for at de har fått brukt sin kompetanse i sin stilling mens de har vært på hjemmekontor.

Mange av respondentene påpeker at det imidlertid tok for lang tid før Ahus fikk på plass en ordning med velfungerende hjemmekontor. Ahus var sent ute med å etablere hjemmekontorordninger sammenlignet med andre sykehus i regionen, som OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS. Det pekes også på en innledende restriktiv holdning til hjemmekontor som en årsak til at sykehuset sent kom i gang med denne ordningen. Det fremgår også av flere fritekstsvar at innføring av hjemmekontor ikke ble gjennomført samtidig med nasjonale pålegg om hjemmekontor. Sykehuset var sent ute med å innføre hjemmekontor som et risikoreducerende tiltak for smittespredning blant ansatte ved Ahus. Et sitat fra spørreundersøkelsen som illustrer dette er:

«Det er vanskelig å uttrykke seg generelt om hjemmekontor og tekniske løsninger, da dette har variert i tid. I dag har vi svært tilfredsstillende løsninger med teams og nok bærbar pc-er til alle. I starten av pandemien hadde vi ingen av delene. I mellomperioden har vi hatt noe. Fra høsten 2020/våren 2021 har vi hatt ok løsninger, og fra høsten/vinteren 21 har vi hatt gode løsninger.»

«Har blitt tilrettelagt for hjemmekontor først i 2021. Har måttet fremme dette selv i ulike fora som personalmøte, teammøter, medarbeidersamtale, møte med ledelsen. Har også måttet fremme avviksmelding i EQS systemet - klage på ledelsen. Vurderte å klage til Helsetilsynet.

Det tas også opp i intervjuer og i enkelte fritekstsvar at muligheter for hjemmekontor burde inngå i beredskapsplaner for pandemisk influensa.

4.4.1 Fysisk tilrettelegging for hjemmekontor

I undersøkelsen kommer det frem at 32 % av de spurte (n=801) mener at det i liten eller svært liten grad har vært tilrettelagt for hjemmekontor med utstyr som eksempelvis pc/skjem. Ledere virker å være noe mer fornøyd med fysisk tilrettelegging enn medarbeidere. 41 % av lederne oppgir at det i svært stor eller stor grad har vært godt tilrettelagt, mens 36 % av medarbeiderne mener det samme. Generelt sett ser man i resultatene fra spørreundersøkelsen at lederne er noe mer tilfreds i spørsmålene knyttet til hjemmekontor enn hva medarbeider er. Når det gjelder samhandlingsløsninger (Teams, Skype osv.), videoløsninger for pasientbehandling og pasientoppfølging via telefon hjemmefra fremkommer det av intervju at Ahus har et forbedringspotensial. Fritekstsvar på spørreundersøkelsen beskriver også at grupper er sendt på hjemmekontor uten at de har tilgang til VPN og pc. En rekke fritekstsvar i undersøkelsen tar opp problemer knyttet til manglende materiell og dårlig fysisk tilrettelegging for bruk av hjemmekontor. Et eksempel som illustrer dette:

«Alle ansatte i vår avdeling disponerer egne bærbar PCer, men utover det har det vært lite tilrettelagt for den enkelte når det gjelder hjemmekontor. Det tok flere måneder før vi fikk mulighet til å disponere

ekstra skjerm og tastatur på hjemmekontor. Personlig har jeg opplevd det å jobbe lenge på en liten skjerm som belastning for øynene. Utover ekstra skjerm og laptop har hver enkelt måtte legge til rette for hjemmekontor hjemme hos seg selv. Kontorforholdene hjemme oss meg var ikke optimale. Jeg måtte derfor gå til innkjøp av skrivebord og kontorstol. Jeg har dekket disse utgiftene selv.»

Det fremkommer også av både intervjuer og i spørreundersøkelsen at Ahus ikke har hatt gode systemer som tilrettelegger for hjemmekontor blant personell som gjennomfører pasientbehandling. Dette forholdet uttrykkes også i en rekke fritekstsvar. Det er også påpekt at Ahus ikke har investert i teknologi som skaper betingelser for at de som jobber klinisk også kan jobbe fra hjemmekontor.

«Det var også belastende at det tok et halvt år å få på plass et minimum av tilgang på ekstern arbeidsflate og utstyr for å gjennomføre pasientbehandling på video fra hjemmekontor. Det har helt frem til nå vært begrenset ressurser til støtte for å jobbe effektivt fra hjemmekontor etter behov.»

4.4.2 Ledelse og inkludering av medarbeidere på hjemmekontor

Endringer i arbeids- og samarbeidsform, fra fysisk tilstedeværelse til distribuert løsning av arbeidsoppgaver, stiller nye krav til ledelse og ansattes forståelse av hvordan de skal støtte hverandre digitalt, fra hjemmekontor. Undersøkelsen viser at 79 % av respondentene gir uttrykk for at de har følt seg inkludert i enhetens arbeid mens de jobbet fra hjemmekontor. 75 % av respondentene med hjemmekontor svarer at de har erfart oppfølging av ledere og kollegial støtte, enten i svært stor grad, i stor grad og i noen grad. 16 % av respondentene som har hatt hjemmekontor svarer at de i liten grad og i svært liten grad har erfart at det har vært en oppfølging av nærmeste leder eller at de har opplevd kollegial støtte når de har hatt hjemmekontor. Fritekstsvarene viser til at hjemmekontorordningen og vilkår for at den skulle være vellykket også handlet om lokal ledelse. Fritekstsvarene viser til store variasjoner i medarbeideres erfaringer med hvordan egen ledelse har håndtert denne ordningen.

Undersøkelsen viser at de som er misfornøyde med ledelsens oppfølging i hovedsak relaterer at ledere ikke har klart eller forstått behovet for å være tett på medarbeidere som «brått» skulle jobbe distribuert, uten at de hadde trening i å jobbe hjemmefra eller at oppgavene nødvendigvis var tilpasset en slik arbeidsform.

Det påpekes at Ahus brukte tid på å utarbeide retningslinjer for hvordan ordningen med hjemmekontor skulle tilrettelegges. Hva som var Ahus sin policy og hvordan ordningen skulle forvaltes var spørsmål som i svært stor grad ble håndtert i den enkelte enhet. Ut fra dette opplever medarbeidere at ordningen med hjemmekontor ikke oppleves som en standard hos Ahus, men noe som forvaltes ulikt.

Selv om de fleste erfarer at hjemmekontor skaper bedre forutsetninger for oppgaveløsning er det mange som oppgir at hjemmekontor går utover det kollegiale arbeidsmiljøet. En rekke utsagn illustrerer at ansatte som plasseres på hjemmekontor, og som er vant til å samarbeide med andre i løsning av oppgaver, kan oppleve at man blir alene og at den kollegiale støtten blir vanskeligere å få tilgang til sammenlignet med når man fysisk jobber sammen.

En rekke avdelinger har fått samarbeidet til å fungere ved bruk av digitale verktøy. Enheter har opprettholdt møter digitalt og har skapt nye uformelle digitale arenaer for samarbeid. Medarbeidere som har erfart at digitale samarbeidsrom har fungert, beskriver ordningen med hjemmekontor som mer positivt enn de enhetene der medarbeidere har opplevd å bli litt overlatt til seg selv. Det kan av frittekstsvarene synes som om den distribuerte arbeidsformen krever at man lager en plan i den enkelte avdeling for hvordan man skal håndtere en digital arbeidshverdag både hva gjelder kollegial samhandling og behandling av pasienter. Basert på frittekstsvarene vises det også til at ledere ved enkelte enheter har behov for kompetanse om hva det vil si å lede medarbeidere som jobber hjemmefra. Mange frittekstsvar og intervjuer stiller også spørsmål ved om Ahus hadde en kultur som aksepterer bruk av hjemmekontor, uavhengig av pandemi eller ikke pandemi.

4.5 Vurderinger

4.5.1 Evaluators vurdering av hvordan behovene for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell ble ivarettatt

Omdisponering av personell har vært nødvendig for å sikre kritisk bemanning til relevante avdelinger. Med grunnlag i de opplysninger evaluator har fått tilgang til og situasjonen under pandemien for øvrig, framstår omplasseringene av personell ved Ahus etter evaluators mening innenfor arbeidsgivers styringsrett.

Sykehusledelsen ønsket at omplassering av personell under pandemien skulle være frivillig. Flere omdisponerte har likevel opplevd at omdisponeringen ikke har vært frivillig. Ledelsen bør ved en annen anledning hvor frivillighet skal bidra til måloppnåelse, sikre etterlevelse av retningslinjer i organisasjonen som beskriver hvordan ansatte skal omdisponeres/velges ut.

Omdisponering for majoriteten av de omdisponerte har fungert på en god måte og evaluator erfarer at mer enn halvparten av de som har svart på spørreundersøkelsen er enig i at omplassering har vært positivt fordi en har fått nye utfordringer.

For framtidig læring bør organisasjonen innledningsvis i en eventuell krise arbeide mer helhetlig med bemanningsplanlegging. HR kan med fordel involveres på en bedre måte innledningsvis i bemanningsplanleggingen. Fleksibel bemanning og tiltak for å utvikle flere ferdige medarbeidere er et område som også bør inngå i fremtidig beredskapsplaner.

Evalueringen viser at mekanismen for å forflytte personell som omdisponeres er forbedret ved å sørge for at kompetansegrupper forflyttes leddvis (A_B_C) inn mot avdeling som har behov for bistand/forsterkning.

Data fra intervjuer og spørreundersøkelsen viser at det i flere tilfeller har vært en uklar ansvarsfordeling mellom avgivende og mottakende avdeling. Til tross for dette har nesten 80 % av de omdisponerte som har svart på spørreundersøkelsen gitt uttrykk for de er enig i at de ble godt mottatt i den avdelingen som de ble omdisponert til. Evaluator erfarer at det har oppstått et kompetansemessig vakuum i avgivende avdelinger. Det er bekymringsfullt at nesten halvparten av lederne mener avgivelse av personell har hatt uheldige konsekvenser for driften i den enheten de har ansvar for.

Opplæring av ansatte som omplasseres er et viktig aspekt når medarbeidere blir satt til nye krevende oppgaver. Ahus har laget kurspakker som var tilpasset ulike behov, det ble etablert et ferdighetssenter for oppfriskning av kompetanse og satt i gang en rekke tilbud knyttet kompetanseheving. Opplæring ble også innarbeidet i alle tiltakskort og var triggerbasert. Evaluator oppfatter at det er delte meninger blant medarbeidere om hvor gode opplæringstiltakene har vært.

Undersøkelsen viser at Ahus, gjennom målrettet innsats, klarte å rekruttere personell fra eksterne miljøer.

Mulige forbedringer

- Dersom frivillig omdisponering skal iverksettes ved fremtidige pandemier, bør Ahus sørge for at berørte ledere og medarbeidere har kunnskap om vedtak og retningslinjer, og at de forstår hva frivillighet innebærer.
- Ahus bør utarbeide klarere retningslinjer for ansvarsforhold knyttet til omdisponering.
- Ahus bør etablere beredskapsrutiner for økende grad av ambulerende og digitale behandlingstilsetninger.

4.5.2 Evaluators vurdering av bruk av kompetanse og ressurser hos personell som har arbeidet fra hjemmekontor

Ahus har fått til en god praksis med hjemmekontor. De fleste av medarbeiderne har gitt uttrykk for å ha fått brukt sin kompetanse i sin stilling mens de har vært på hjemmekontor. Personvern virker å være godt ivarettatt.

Fra høsten/vinteren 2021 har Ahus lagt godt til rette for at hjemmekontorordningen skulle virke. Det er imidlertid relativt varierte erfaringer med hvordan lokal ledelse utviste lederskap knyttet til ansattes behov for hjemmekontor og hvordan ledere understøttet hjemmekontorordningen som representerte et arbeidsorganisatorisk kulturelt hamskifte for Ahus.

Selv om Ahus fikk bedre løsninger på hjemmekontorordningen etter hvert, kan det stilles spørsmål ved om sykehuset ved inngangen til pandemien var kulturelt modne for at medarbeidere ikke skulle møte fysisk opp på Sykehuset, men sitte hjemme.

Ahus bør i større grad vurdere hvordan det kan tilrettelegges for hjemmekontor der dette er naturlig og kan fungere som en hybrid arbeidsform. I den forbindelse kreves det både strategi, tydeligere retningslinjer, lederkompetanse om fjernarbeid, teknologi som understøtter fjernbehandling av pasienter og en kultur som understøtter hjemmekontor som arbeidsform.

Mulige forbedringer

- Ahus kan i større grad legge til rette for hybride arbeidsformer der dette er hensiktsmessig.

5 Legemidler og utstyr

Hvordan ble behovene for å sikre tilstrekkelige legemidler og utstyr ivare tatt, herunder smittevernsutstyr for ansatte?

5.1 Evalueringskriterier

Helseberedskapsloven og tilhørende Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid stiller krav til de regionale og lokale helseforetakene om å utarbeide beredskapsplaner som skal sørge for tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av legemidler og utstyr.

En pandemi vil medføre økte forbruk av visse type legemidler og utstyr. For å forebygge en mangelsituasjon under en pandemi, vil det være nødvendig å både forhåndslagre visse typer legemidler og utstyr, og å inngå avtaler med leverandører som kan bidra til å ivareta forsyningssikkerheten. Hvert HF er ansvarlig for beredskap og beslutning om hvorvidt man skal ha beredskapslager eller ikke.

Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst (2016:35) viser til at helseforetakenes beredskapsplaner eller kvalitetshåndbøker skal beskrive eller vise til rutiner for håndtering av:

- situasjoner med en eller få pasienter med alvorlig, allmennfarlig smitte/høyriskosykdom (høy alvorlighetsgrad og høy risiko for dødelighet.)
- situasjoner med et høyt antall syke eller skadde med allmennfarlig smitte som følge av epidemi, pandemi eller stor ulykke
- bruk av personlig smittevernutstyr for personell og besøkende som skal ha kontakt med aktuelle smitteførende pasienter
- beredskapslagring av smittevernutstyr for høyinfeksiøse infeksjoner
- (...)

Helseforetakene skal på grunnlag av nasjonal og regional pandemiplan utarbeide egne pandemiplaner som tar høyde for å håndtere en pandemisituasjon faglig, kapasitetsmessig, personellmessig og utstyrmessig, (...). Veilederen "Pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten" bør benyttes under utarbeiding av planen.¹⁸

5.2 Smittevern og smittevernutstyr

Smittevernoverlegen opplever å ha hatt innflytelse på beslutninger som er tatt om smittevern i organisasjonen. Beslutningene har ifølge smittevernoverlegen vært godt forankret både linjen og i beredskapsorganisasjonen. Etter at det første smittetilfellet ble påvist i Norge 26.02.20, besluttet sykehusledelsen å ha daglige møter fra uke 10 (02.03.20). Ledermøtene ble forsterket med bla. smittevernoverlegen. Smittevern-funksjonen opplever å ha klart å mobilisere, kommunisere og samarbeide på en god måte med både beredskapsledelsen, sykehusledelsen og organisasjonen for øvrig.

I Ahus sitt svar til Koronakommisjonen 2021 går det fram at: «Akershus universitetssykehus HF hadde eksisterende planer for smittevernberedskap og pandemisk influensa og igangsatte i slutten av januar de første forberedelser for en pandemi med utgangspunkt i disse. Det lokale planverket var på noen punkter lite detaljert og ikke operasjonalisert for å kunne motta et stort antall smittepasienter.

Videre er erfaringen at overordnet og lokalt planverk var lite kjent i deler av organisasjonen, men at smittevernseksjonen og mikrobiologisk laboratorium raskt fanget opp hva som var under utvikling og iverksatte forberedelser i henhold til planverket. Sykehusledelsen ble 11.02.20 orientert fra foretakets

¹⁸ Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst (2016:8)

smittevernoverlege om en mulig pandemi, og at forberedelsene var startet med utgangspunkt i foretakets eksisterende planer for smittevernberedskap og pandemisk influensa (...) Plankomiteén for smittevern hadde høy aktivitet allerede før utbruddet startet, og var opptatt av å gjøre gode forberedelser. Det ble utarbeidet en kommunikasjonsplan, utarbeidet nye rutiner og innhentet informasjon fra kommunene om hvordan de planla å teste personer med mistanke om smitte.

Smittevernoverlegen hadde tidlig igangsatt flere forberedende tiltak, blant annet:

- Miniøvelse i akuttmottaket med bidrag fra barne- og ungdomsklinikken
- Laget prosedyrer for mottak og håndtering av pasienter
- Lagt ut informasjon på intranett
- Opprettet kommunikasjonslinje mot kommuneoverlegene
- Startet møteserie i plankomiteen for smittevern

Det vises i intervju til internasjonalt, nasjonalt, regionalt og lokale beredskapsplaner/planverk som gir retningslinjer om hvordan man skal forholde seg til smittevern ved en pandemi. Ved Ahus ble det innledningsvis i pandemien i stor grad brukt lokalt planverk utarbeidet for smittevern ved pandemisk influensa. Smittevernarbeidet under pandemien har vist at detaljeringsgraden på avdelingenes beredskapsplaner varierte og det var ulikt hvor godt planverket var kjent i de ulike delene av organisasjonen.

I en pandemisituasjon vil det bli gjort endringer etter hvert som man ser hvilket scenario som oppstår. Planverk kan ikke være helt detaljert fordi man aldri vet helt hvilken trussel som oppstår. Det var likevel en stor styrke at Ahus hadde et planverk knyttet til smittevern før mars 2020 å støtte seg på. Utarbeidelse av planer for opptrapping ble gjort tidlig i pandemiforløpet. På den annen side burde planverket vært mer tydelig når det gjaldt hvem som skal ta ansvar for ulike scenarioer/situasjoner som kan oppstå og forskjellige funksjoner.

Smittevernfunksjonen ved Ahus har hatt støtte i sitt arbeid fra nettverket i Helse Sør-Øst RHF og Folkehelseinstituttet for å få råd om smittevernfaglige problemstillinger. Møter med RHFet har ikke vært besluttede møter, men et fora hvor fagpersoner har utvekslet erfaringer og gitt hverandre råd. Før første covid-tilfelle i Norge, fikk smittevernenheten råd fra Folkehelseinstituttet når det gjaldt hvordan sykehuset skulle forholde seg til en eventuell utstyrmangel.

Når pandemien traff Norge var mangel på smittevernutstyr til alle ansatte et særskilt problem som oppstod. Ahus hadde ved pandemiens begynnelse et lager på cirka 700 enheter med smittevernutstyr tilgjengelig lokalt på huset, i tillegg til nasjonale lagre. Det blir i intervju opplyst at det er et bevisst valg å ikke ha et større lager for smittevernutstyr fordi det er kostbart, og at utstyr må kastes etter hvert som det går ut på dato. Ahus har en begrenset lagerbeholdning og er kontinuerlig avhengig av å få tilførsel av utstyr fra sentrallager i Helse Sør-Øst.

Det blir i intervju påpekt at Ahus med fordel kunne hatt noe mer smittevernutstyr tilgjengelig og en noe større buffer, herunder mer gjenbruksutstyr. Gjenbruksutstyr krever gode rutiner for rengjøring i tillegg til en god del logistikk som skal til for å holde orden på lager. Et omfattende utstyrlager legger også beslag på mye areal. Smittevernlegen påpeker at den akutte utstyrmangelen kom på et tidspunkt hvor annen aktivitet var ganske minimal/tatt ned. Da den akutte utstyrmangelen oppstod, ble det utarbeidet planer for når og hvordan ansatte skulle arbeide uten smittevernutstyr.

På spørsmål om respondentene ved starten av pandemien fikk tilgang til nødvendig smittevernutstyr, svarer 45 % (n=2191) av de spurte at de er uenig eller delvis uenig i dette. Av 335 ledere, som har svart på spørsmål om de opplevde at enheten de hadde ansvar for fikk tilstrekkelig med nødvendig smittevernutstyr i starten av pandemien, svarer 59 % at de er uenig eller delvis uenig i dette. Både gjennom intervju og gjennom spørreundersøkelsen får evaluator bekreftet at situasjonen bedret seg, og at det var spesielt i den innledende fasen av pandemien at det var mangel på smittevernutstyr. Etter de innledende månedene i pandemien har 17 % (n=2189) sagt at de er uenig eller delvis uenig i å ha fått tilstrekkelig med

nødvendig smittevernutstyr. Også lederne gir uttrykk for at situasjonene knyttet til smittevernutstyr bedret seg etter de innledende månedene av pandemien.

5.2.1 Opplæring ansatte - smittevern

Smittevern hadde kontakt med ansatte på hver avdeling som hadde ansvar for lokal smittevernopplæring i daglig arbeid, herunder opplæring av nyansatte. I opplæring og oppfølging av smittevern ute på avdelingene ble det brukt smittevernfaglige prosedyrer og strukturer som var utarbeidet ved Ahus før pandemien. Smittevernlegen opplyser at det i henhold til prosedyrene ikke skulle være noen ansatte som ved pandemistart hadde bruk for smittevernutstyr, som ikke hadde kunnskap om hvordan utstyret skulle brukes.

Smittevernfunksjonen ved sykehuset gjennomførte ekstra møter med miljøer med behov for rådgivning og hvor det var nødvendig å arbeide på en annen måte enn før pandemien inntraff. I akuttmottaket ble det gjennomført opplæringsrunder før sykehuset fikk den første koronapasienten. På bakgrunn av dette arbeidet/øvelsen ble det gjort justeringer som igjen ble starten på et eget planverk for smittevern tilpasset pandemisituasjonen. Smittevernfunksjonen hadde også innledningsvis i pandemien mye kontakt med intensivenhetene.

De fleste som svarte på spørreundersøkelsen, er enig i at de har fått opplæring i smittevernsrutiner under pandemien. 16 % av de som har svart er uenig eller delvis uenig i at de har mottatt opplæring i smittevernsrutiner. Det samme gjelder opplæring i bruk av smittevernutstyr under pandemien. Også her er 17 % uenig eller delvis uenig.

12 % av respondentene er uenig i påstanden at de under pandemien har fått pålegg om å bruke hensiktsmessig arbeidstøy og personlig smittevernutstyr.

Av de som har svart er 84 % enig eller delvis enig i at kollegaer etter deres mening lojalt har fulgt opp krav til smittevern under pandemien. 8 % sier seg uenig eller delvis uenig i dette. 93 % av lederne er enig eller delvis enig i at kollegaer lojalt har fulgt opp krav til smittevern.

Gjennom fritekstsvar i spørreundersøkelsen kommer det frem at flere medarbeidere ikke alltid har vært enig i Ahus sine smittevernsrutiner. To eksempler på dette:

«Lokale smittevernsrutiner har ikke alltid fulgt nasjonale anbefalinger, noe som har gjort det vanskelig og til tider vært forvirrende grunnet avvikende regler.»

«Synes det har vært dårlig bruk og krav av munnbind på huset under pandemien. Både med krav om munnbind fra besøkende og av personalet. Når omtrent hele Norge brukte munnbind var Ahus et av de siste stedene man behøvde å bruke det.»

5.2.2 Bruk av smittevernutstyr under pandemien

I intervju blir det opplyst at smittevern innledningsvis i pandemien først og fremst prøvde å løse det akutte problemet med manglende smittevernutstyr slik at man kunne finne akseptable løsninger på smittevernutfordringer ved de respektive avdelingene. Det ble gjort en nøye prioritering av i hvilke situasjoner utstyr skulle brukes. Det var spesielt en helg hvor Ahus hadde mangel på basalt utstyr som munnbind. Konsekvensen var at smittevernansvarlig samlet inn alle munnbind, for deretter å fordele utstyret til ansatte med behov, basert på faglig vurderinger. Bl.a. ble det gjort endringene i prosedyren for MRSA-pasienter.

Smittevern opplyser i intervju at de ikke helt har oversikt over om det var miljøer som var utsatt for unødig risiko på grunn av at de ikke hadde smittevernutstyr i den innledende pandemiperioden. 71 % av de ansatte opplever at smittevernutstyret de har brukt har vært sikkert og trygt. Det er imidlertid variasjoner mellom avdelingene. Eksempelvis svarer 40 % av respondentene ved Sentraloperasjonsavdelingen at de er helt eller delvis uenig i at smittevernutstyret som er brukt har vært trygt.

Flere fritekstsvaer viser at mangel på smittevernutstyr har påført de ansatte en ekstra psykisk belastning og usikkerhet. Nedenfor gjengis fritekstsvaer som eksemplifiserer den opplevde utryggheten.

«(...)I starten av pandemien fikk vi ikke bruke munnbind, vi var redd for å smitte pasientene og vi var redd for å ta med smitte hjem. Det var mye uenighet angående smittevernreglene, noe som førte til mange diskusjoner om hva som var riktig å gjøre (...)»

«I starten fikk vi beskjed om å skifte åndedrettsvern flere ganger om dagen og hver gang man tok av seg smittevernutstyr for å gå ut. At det ikke var forsvarlig nok å benytte samme ånde-drettsvern over lenger tid pga. fare for smitte. Etter hvert som det ble mangel på utstyr, fikk vi beskjed om å benytte samme åndedrettsvern gjennom hele vakta. Føltes utrygt og ubehagelig.»

«Det var forferdelig og føltes ekstremt utrygt i begynnelsen i pandemien da det ikke, var nok smittevernutstyr, og vi fikk beskjed om å ikke skulle bruke munnbind ved mrsa-pasienter!!!»

«Tror at det å stå i første linja og ta imot potensielt smittede Covid pasienter hver dag i to års tid kommer å gi senvirkninger som sykemeldinger og eventuelt PTSS (post traumatisk stress symptom).»

«Inngangen til pandemien uten utstyr er kritikkverdig nasjonalt, men og lokalt. Fremdeles nærmest to år ut i pandemien opplever vi å få suboptimalt utstyr. Eksempelvis denne uken med briller som faller fra hverandre.»

Det ble også rapportert om manglende utstyr ved risikoprosedyrer. Her er eksempler fra fritekstsvaer i spørreundersøkelsen som illustrerer dette:

«Gastrolab ble nedprioritert for nødvendig smitteverns utstyr i starten av pandemien. ca. de første 6 mnd. Selv om gastroskopi for eksempel er en høy-risiko prosedyre mtp. å bli smittet som utførende lege og sykepleier som assisterer har vi ikke fått gehør for det i sykehusinterne prioriteringer for smittevernsutstyr da det var knapphet.»

«Vi fikk P2 masker som varierte veldig i størrelse og passform. Noe av det tettet ikke rundt ansiktet. Det var i perioder en kamp for å få nok utstyr til avdelingen. P3 masker til intubering fikk vi heller ikke til å begynne med når det ble rasjonering på disse. Det førte til at anestesileger og sykepleiere som intuberte pasienter med P2 masker ble eksponert unødige for aerosoler.»

«Stor belastning å ha mangel på smittevernsutstyr i starten av pandemien. Uklare beskjeder fra ledelse, ble muntlig overlevert via avtroppende vaktlag at vi plutselig ikke "fikk lov" til å bruke smittevernsutstyr på f.eks. MRSA-pasienter. Stor belastning med å ikke "få lov" til å bruke munnbind ut fra egen vurdering av risiko, kun ved forhåndssatte kriterier (...)»

De ansatte påpeker vesentlige mangler med munnbind hansker og vernebriller/ visir. I fritekstsvarene blir det bla påpekt om munnbind, hansker og øyebeskyttelse:

«Fikk mye dårlige munnbind i perioder - strikker som røk, nesebøyle som ikke lar seg forme og som ikke slutter tett over neserygg, slakk ørestrikk som gjør at munnbind ikke sitter skikkelig på, store munnbind som ikke sitter inntil.»

«Mye dårlige hansker, hansker som ryker, hansker som har hull, hansker er pakket på en måte som gjør at man får ut mange hansker om gansen fra pakken.»

«Måtte bruke FFP 3 masker om igjen. Betydelig usikkerhet rundt maske bruk under prosedyre.»

«Passform på munnbind har vært svært varierende- og i første måtte vi selv samle inn beskyttelsesbriller hjemmefra. Så mitt lager av rakettbriller er nå en del av min avdeling sin beredskap. Vi fikk heller ikke visir.»

«For det første ble man i begynnelsen pålagt å bruke engangs utstyr, dvs masker under hele vekten (alt fra 7,5 timer til 10 timer). Det var problemer med maskene i forhold til lite utvalg. Og passformen ble derfor svært variabel. Dette medførte gnagsår og trykksår i ansiktet samt vansker med å få masken tett. I tillegg opplevde jeg til stadig hansker som røyk. Det samme med masker hvor strikken til masken røyk x fler. I enkelte tilfeller måtte man prøve 3-4 masker før den kunne settes på. Frakker røyk i stoffet og enkelte passet rett og slett ikke. Dette ble bedre underveis, men var et stort problem i første bølge.»

«Utilstrekkelig tilgang på sikrere beskyttelsesmaskene ved luftveishåndtering hos pasienter med uavklart/mistenkt covidstatus. Dette gjelder i senere del av pandemien.»

Kvaliteten på utstyret blir opplyst å ha variert gjennom pandemiperioden, og det blir særlig framhevet forhold hvor utstyr var defekt ved mottak og opplevd manglende kvalitet på utstyret.

«Det var mye utstyr som ikke holdt kvalitetsmessige mål. Åndedrettsvern som ble ødelagt i bruk inne på smitterom i normalt bruk. Åndedrettsvern som lagde sår i ansiktene til de ansatte. Åndedrettsvern som ikke passet til de ansatte og hvor lekkasjetesten ikke ble bestått, men hvor vi ikke hadde tilgang på annet utstyr. Kirurgisk munnbind som var alt for store til ansiktene til de ansatte. Ikke nok visir som medførte at de ansatte ikke så klart og tydelig igjennom de visirene som ble vasket gang på gang. Tidvis smittefrakker i kun liten størrelse som ikke passet alle ansatte. Hansker som var ødelagt før bruk etc.»

«Noe av utstyret som dukket opp for å erstatte ting vi manglet var av så dårlig kvalitet at det ble ødelagt veldig raskt. Jeg husker hansker som ble ødelagt(hull) av å tørke pasienter bak under avføringsstell, frakker som ble ødelagt av å bevege seg i de. Frakker som var så og si bare plast og uten pusteevne, på arbeidsrom hvor det i utgangspunktet var så varmt at vi var nære ved å besvime av hete.»

Flere av de ansatte rapporterer at de på grunn av tildelt utstyr har fått fysiske reaksjoner på smittevernutstyret:

«Mye tørre slimhinner og ubehag i hals, nese svelg. Litt hudirritasjon, ømhet bak ører og generelt noe slitsomt å puste normalt etter lengere tids bruk.»

«Det har særlig den senere tiden red: (januar 2022) vært ubehagelige munnbind som har blitt levert. De lukter kjemisk og medfører tørre og irriterte slimhinner. I perioder under pandemien har det vært usikkerhet om det har vært tilstrekkelig med munnbind kontra P2 eller P3 masker.»

5.3 Vurderinger

5.3.1 Evaluators vurdering av hvordan behovene for smittevern og smittevernustyr ble ivarettatt

Det er alvorlig at flere respondenter oppgir at de ikke hadde tilgang til munnbind, øyebeskyttelse eller smittefrakker. Mangler ved smitteutstyr har ført til usikkerhet blant de ansatte og ført til fysiske og psykiske reaksjoner. Eksempelvis var det for mange ansatte en stor psykisk påkjenning å oppleve at de ikke kunne stole på smittevernustyret. Rasjonering av utstyr førte til at utstyr ble brukt på en måte som ikke samsvarer med interne rutiner. Dette er ikke i samsvar med rettsregler som skal sikre et fysisk og psykisk forsvarlig arbeidsmiljø. Undersøkelsen viser at Ahus kontinuerlig må sikre at samtlige ansatte får tilstrekkelig fysisk opplæring i hvordan håndtere smittevernustyr. Det er heller ikke tilfredsstillende at flere fagfelt ble nedprioritert i forbindelse med fordeling av smittevernustyr i starten på pandemien ble, herunder blant annet manglende smittevernustyr ved gjennomføring av risikoprosedyrer. Evaluator mener at etablering av prioriteringsutvalget var et nødvendig grep for å fordele smittevernustyret. Evaluator stiller spørsmål ved de føringer og retningslinjer Ahus er underlagt når det gjelder mulighet til å etablere og drifte et lager som tar høyde for en pandemi med stor smittespredning og risiko knyttet til begrenset forsyning fra sentrale lagre eksternt. Evaluator stiller også spørsmål ved om overordnet myndighet har tilstrekkelige og hensiktsmessige rutiner for å fordele smittevernustyr dynamisk etter behov ved en pandemi. Evaluator kan ikke se at Helse Sør-Øst sin regionale beredskapsplan i tilstrekkelig grad er etterlevd, herunder krav til lagerkapasitet mv. Mangler og fravær av smittevernustyr

innledningsvis i pandemien burde vært unngått gjennom en mer aktiv tilnærming til å sikre tilstrekkelig og forsvarlig smittevernutstyr med riktig kvalitet ved en mulig pandemi. Dersom dagens ordning opprettholdes, vil Ahus få samme problem ved neste pandemi.

Ledelsen ved Ahus må sørge for konsekvent håndhevelse av smittevernrutiner. Evalueringen viser at flere avdelinger ved sykehuset ikke etterlevde rutiner og regler knyttet til smittevern som følge av manglende tilgjengelighet på smittevernutstyr.

Mulige forbedringer

- Ahus bør vurdere å styrke reservekapasitet innenfor basalt smittevernutstyr og at det skapes større muligheter til å få tilgang til relevant smittevernutstyr ved pandemier.
- Ahus bør i større grad gjennomføre ROS-analyser knyttet til smittevernutstyr, MTU, medikamenter og hvordan sikre tidsriktig tilgang til dette.
- Ahus bør utarbeide en spesifikk beredskapsplan for hvordan det skal sikres forsyninger i en pandemi.
- Lagerordningen ved Ahus bør gjennomgås med henblikk på beredskapsmessig forsvarlighet, og det kan vurderes å etablere rullerende lagre.
- Ahus bør initiere en prosess for fordeling av smittevernutstyr regionalt og nasjonalt basert på risikovurderinger og potensielt smittetrykk.

6 Medvirkning fra pasienter og ansatte

Hvordan ble medvirkning fra pasienter og ansatte ivaretatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?

6.1 Evalueringskriterier

6.1.1 Medvirkning fra pasienter

Pasient eller bruker som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke ved gjennomføringen. Dette gjelder også når pasient eller bruker er barn. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasient eller bruker på den ene siden og helse- og omsorgspersonell på den andre siden. Det forutsettes dermed et element av egeninnsats fra pasient eller brukers side for å kunne virkeliggjøre medvirkningsretten. Ut over det helt nødvendige for å få gjennomført for eksempel undersøkelsen, er det imidlertid opp til pasienten eller brukeren i hvor stor grad hun eller han ønsker å medvirke ytterligere.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd andre setning går det fram at pasienten eller brukeren har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige tjenestemetoder og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette innebærer imidlertid ikke at pasienten eller brukeren gis rett til å velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig. Retten til å medvirke vil ikke under noen omstendighet fritta helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten. Helsepersonellet kan ikke la pasienten eller brukeren velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig sett, jf. helsepersonelloven § 4.

Av femte punktum følger det at det skal legges vekt på hva barnet mener i samsvar med barnets alder og modenhet. Det må altså foretas en modenhetsvurdering.

6.1.2 Krav til medvirkning fra de ansatte

Godt arbeidsmiljøarbeid avhenger av at arbeidstakerne og arbeidsgiverne samarbeider om å finne gode løsninger. Medvirkning innebærer at arbeidstakernes synspunkter og innspill skal høres og vurderes nøye, før arbeidsgiver tar en endelig beslutning.

Arbeidstakerne har både en rett og en plikt til å medvirke. Medvirkning er derfor et sentralt virkemiddel for å oppfylle arbeidsmiljølovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Arbeidsmiljøloven legger stor vekt på medvirkning i mange av sine bestemmelser. Selv om virksomhetene kan ha lagt til rette for medvirkning, betyr det ikke alltid at medvirkningen skjer slik lov, forskrift og avtaleverk forutsetter. I noen tilfeller blir medvirkningen en overflatisk papirøvelse for å tilfredsstille lovens krav og/eller for å bidra til å skape oppslutning om noe som allerede er avgjort. For at medvirkning skal være reell, må arbeidstakere og deres representanter ha fått informasjon i så god tid at de kan danne seg en oppfatning om problemstillingen før de blir gitt anledning til å bidra med sine synspunkter. I tillegg må disse gis anledning til å fremme synspunkter før beslutning blir fattet.

Reell medvirkning er et mål i seg selv og det er derfor nedfelt som krav i rettsregler og avtaleverk. Medvirkning er i tillegg et middel for å skape oppslutning i virksomheten om de beslutninger som tas.

Medvirkning fra arbeidstakere skal bidra til:

- et godt arbeidsmiljø
- påvirkning av – og kontroll over egen arbeidssituasjon
- personlig og faglig utvikling
- følelse av å bli sett og hørt

- balanse i maktstrukturer og stabilitet i arbeidsmiljøet
- eierskap til virksomheten og arbeidsoppgaver
- økt produktivitet og god drift

Det er en felles plikt for ledelsen, de ansatte og deres tillitsvalgte å ta initiativ til og aktivt støtte opp om og medvirke til samarbeid. Manglende medvirkning fra arbeidstakerne kan føre til at forhold som bidrar til uheldige fysiske eller psykiske belastninger, ikke kommer frem. Brudd på medvirkningsplikten vil derfor kunne gjøre det vanskeligere for arbeidsgiver å ivareta et fullt forsvarlig

6.2 Ansattes medvirkning i prosesser og beslutninger gjennom pandemien

Tillitsvalgte erfarer at de ikke i tilstrekkelig grad ble involvert i relevante beslutninger i starten på pandemien. Tillitsvalgte deltok ikke i sykehusledelsens møter, noe som var tilfelle i enkelte andre foretak i Helse Sør-Øst. Ordinær struktur for dialog og involvering av tillitsvalgte ble ikke endret som følge av pandemien, men i tillegg til det ordinære ukentlige dialogmøte mellom de tillitsvalgte og sykehusledelsen, ble frekvensen på møtene økt med ytterligere to ukentlige møter under pandemien.

Fra intervjuer fremkommer det oppfatninger om at formelle fora for reell medvirkning ikke ble etablert og tillitsvalgte flere ganger måtte invitere seg selv inn i prosessene for å delta og medvirke iht. hovedavtalen. Det påpekes fra de tillitsvalgte at dialogmøtene ikke fungerte på en god måte, gitt de problemstillingene sykehuset måtte løse. Denne situasjonen skapte et vakuum for tillitsvalgte, og gjorde det vanskelig å utøve rollen på en troverdig måte overfor dem de representerte. Manglende mulighet for involvering av tillitsvalgte medførte at informasjonsflyten fra ledelsen til de ansatte ble svekket.

Ansatte er delt i synet på medvirkning. I spørreundersøkelsen fremkommer det at 50 % av respondentene er enig/delvis enige i påstanden at de under pandemien har hatt mulighet til å påvirke sin arbeidshverdag, mens 44 % svarer at de er uenige/delvis uenige i påstanden. En annen påstand som fanger opp mulighetene til medvirkning er i hvilken grad arbeidet i den enkelte enhet har vært tilrettelagt og organisert slik at det tas hensyn til alder og livssituasjon. 51 % av respondentene svarer her at de er enige/delvis enige i påstanden, mens 24 % svarer at de er uenige/delvis uenige i påstanden. 25 % svarer at de ikke finner spørsmålet relevant eller de vet ikke. Svarene indikerer at ansatte under pandemien har erfart varierende mulighet for involvering og medvirkning.

På enhetsnivå finnes det eksempler på god praksis for involvering av medarbeidere. Det er etablert arenaer i form av morgenmøter ol., som skaper rom for å dele erfaringer og gi tilbakemeldinger. Arenaer for evaluering og erfaringsdeling er ikke etablert som overordnet grep i organisasjonen under pandemien. Det vises til tidligere kommentar om manglende muligheter for tilbakemeldinger.

6.3 Pasienters medvirkning i prosesser og beslutninger gjennom pandemien

78 % av legene som har svart på undersøkelsen (n=265) er enig eller delvis enig i at de opplever at pasientene de har hatt ansvar for i pandemien har fått anledning til å medvirkning i prosesser og beslutninger som gjelder den enkelte pasient, mens 14 % er delvis uenig eller uenig i påstanden. Det er to divisjoner som skiller seg ut. I Ortopedisk klinikk er 28 % delvis eller helt uenig i at pasientene har fått anledning til å medvirke i prosesser og beslutninger som gjelder den enkelte pasient, mens ved Kvinneklinikken er det tilsvarende tallet 43 % av de spurte. Ved barne- og ungdomsklinikken er det ingen som er uenig i denne påstanden.

Foretakets brukerutvalg har gjennom hele pandemien hatt månedlige møter med administrerende direktør. Brukerutvalget har vært godt informert, og har fått muligheter til å gi innspill til sykehusledelsen, uten å ha deltatt i arbeidsgruppene som har jobbet direkte med håndtering av pandemien. Brukerutvalget opplevde å bli hørt når det ble innført besøksrestriksjoner og kom med forslag til tiltak for å løse på utfordringer knyttet til dette. Brukerutvalget er stolt av å jobbe med et sykehus som setter pasienten i fokus. Brukerutvalget mener at sykehusledelsen gjennom pandemien har blitt flinkere til å lytte. Brukerutvalget har ikke opplevd spesielt større pågang av saker under pandemien enn før pandemien.

6.4 Vurderinger

6.4.1 Evaluators vurdering av hvordan medvirkning fra pasienter og ansatte ble ivaretatt

Evalueringen viser at tillitsvalgte opplever at mulighet for medvirkning under pandemien ikke har vært tilstrekkelig ivaretatt eller at det er lagt godt nok til rette for dette fra ledelsens side. Ledelsen har fremholdt at medvirkning er ivaretatt i de faste møtearenaene for dette, og at møtene er gjennomført med økt frekvens under pandemien. Ledelse og tillitsvalgte bør gjennomføre en prosess hvor man avklarer forventninger, mulighetsrommet og fordelene med et konstruktivt samarbeid under krisesituasjoner.

Ahus bør sørge for å etablere arenaer for evaluering og erfaringsdeling som et overordnet grep i organisasjonen under pandemien. Evaluator kan ikke se at brukermedvirkning er håndtert annerledes i prosesser og beslutninger gjennom pandemien enn ved normal drift. Generelt har brukermedvirkning være lite påvirket av pandemien og brukerutvalget er gitt god anledning til å medvirke i prosessene. Det er likevel varierende erfaringer i ulike divisjoner knyttet til pasienters muligheter for direkte medvirkning.

Mulige forbedringer

- Ahus bør vurdere å organisere faste møter mellom beredskapsledere, driftsutvalg, vernetjeneste og tillitsvalgte i prosesser og beslutninger under langvarige kriser.
- Ahus bør vurdere å gjennomføre en prosess hvor ledelsen og tillitsvalgte avklarer forventninger, mulighetsrom og fordeler med et konstruktivt samarbeid under krisesituasjoner.
- Ahus bør ved potensiell oppgaveglidning eller omrokking av personell involvere de tillitsvalgte for rask og smidig gjennomføring.
- Ahus bør vurdere å legge til rette for evalueringer og erfaringsutveksling under langvarige kriser for å sikre kontinuerlig forbedring og direkte tilbakemeldinger fra nivå 3, 4 og 5.

7 Pasientsikkerhet og pasientrettigheter

Hvordan ble pasientsikkerhet og pasientrettigheter fulgt opp og ivaretatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien?

7.1 Evalueringskriterier

Det er en rekke rettsregler i helselovgivningen som regulerer pasientsikkerhet og pasientrettigheter. Vi har i denne framstillingen valgt å fokusere på rettsregelen som regulerer plikt til forsvarlig behandling.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 Plikt til forsvarlighet¹⁹

«Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.»

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Forsvarlighetskravet gjelder all spesialisthelsetjeneste, herunder bl.a. regionalt helseforetak og underliggende helseforetak. Innholdet i forsvarlighetskravet varierer ut fra forhold til hvilken type tjeneste det dreier seg om. Innholdet i den rettslige standarden vil også endre seg også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Virksomheten må derfor styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene til enhver tid er i samsvar med god praksis. Det må imidlertid aksepteres at kvaliteten på tjenestene kan variere, men ikke i så stor grad at de er uforsvarlige. Det vil foreligge brudd på bestemmelsen, dersom tjenesten styres mot et minimumsnivå og over tid ikke er i samsvar med god praksis. Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer systematisk arbeid med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser. Virksomheten må deretter iverksette tiltak for å forebygge at svikt skjer eller gjentar seg.

Forsvarlighetsnormen etter spesialisthelsetjenesteloven har et mer helhetlig utgangspunkt enn etter helsepersonelloven. Dersom en pasient blir skadet og det enkelte helsepersonell ikke kan bebreides, f.eks. fordi de rutiner som er etablert er uforvarlige, vil likevel forsvarlighetsnormen i § 2-2 kunne anses overtrådt. Bestemmelsen gjelder på alle ledelsesnivå. Den innebærer at funksjoner som planlegging, utbygging, organisering, drift og vedlikehold av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at forsvarlighetsnormen kan etterleves. Eiere og ledere har et generelt ansvar for at tjenestenes drift gjennomføres innenfor lovfastsatte rammer.

For å sikre at innholdet i tjenesten blir forsvarlig, må ulike komponenter være til stede. Eier og ledere må bl.a. sørge for at utstyr er i orden, at det er tilstrekkelig bemanning og at personellet har tilstrekkelig kompetanse, at ansvarsforhold er avklart, at forsvarlige vaktordninger blir etablert mv. I tillegg til den generelle bestemmelsen i § 2-2, inneholder loven flere bestemmelser som nettopp har som formål å understøtte forsvarlighetskravet. Dette er gjort på områder som er vurdert som så viktige at man har funnet det nødvendig med særskilt regulering, til tross for at enkelte av kravene allerede kan sies å følge av det generelle kravet til forsvarlig tjenesteyting. Det vises til § 2-1 e om samhandling og samarbeid, § 3-4a om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, § 3-10 om opplæring, etterutdanning og videreutdanning

¹⁹ Forarbeider, juridisk teori, Gyldendal Rettsdata

og § 3-2 om journal- og informasjonssystemer. I § 3-9 siste ledd er det bestemt at dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det utpekes medisinskfaglige rådgivere.

7.1.1 Helsepersonelloven § 4. Forsvarlighet

I Helsepersonelloven §4 går det fram: «*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*» Hovedhensynet bak kravet om forsvarlighet i helsevesenet er å beskytte pasienten og samfunnet mot handlinger og unnlater som innebærer bl. a «unødvendig» skaderisiko. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven er i likhet med kravet i spesialisthelsetjenesteloven, en rettslig standard som setter en rettslig norm for hvordan den enkelte yrkesutøvelse bør innrette seg. Forsvarlighetsstandarden skal gjøres på bakgrunn av hvordan situasjonen i behandlingssituasjonen fortonte seg og hvilke handlingsalternativer helsepersonellet hadde. Forsvarlighetsstandarden tar utgangspunkt i hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, men må også vurderes i lys av arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det stilles krav om tilstrekkelige undersøkelser og indikasjon for behandlingen, jf. HPN-2006-141 (Statens helsepersonellnemnd), HPN 15/195 og HPN 15/362. Forsvarlighetsplikten ligger til grunn for rettigheter til nødvendig helsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette omfatter bl.a. at pasienter oppnår å få helsehjelp i tide og at helsehjelpen er forsvarlig.

7.1.2 Plikten til å følge instruksjoner – reservasjonsrett og -plikt

I utgangspunktet har faglig underordnet helsepersonell i helseinstitusjoner eller lignende en tilsvarende plikt til å følge instruksjoner gitt av faglig overordnet helsepersonell. Under- og overordningsforhold utledes i denne sammenhengen av stillingsforholdet, ulike kvalifikasjoner og plikten til forsvarlighet. Dette kan også følge av det lovbestemte beslutningsansvaret.

7.1.3 Individansvar – systemansvar

Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må også ses i sammenheng med den plikt helsetjenesten som sådan har til forsvarlig virksomhet (se spesialisthelsetjenesteloven). Dette ansvaret påhviler virksomhetseiere og virksomhetsledelser. Forsvarlig virksomhet innebærer at helsetjenesten som tilbys, må være forsvarlig, og arbeidsgiver har en plikt til å sørge for at de rutiner som etableres, er forsvarlige. Plikten innebærer også at for eksempel eier og ledelsen ved et sykehus eller annen virksomhet har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte (jf. § 16). Dette må anses også som en rettighet for helsepersonell til nødvendig autonomi. Bestemmelsen markerer dessuten sammenhengen mellom helsepersonellens individuelle forsvarlighetsplikt og plikten til å tilrettelegge, som hviler på virksomheten.

7.1.4 Midlertidig forskrift om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-20

Utbruddet av covid-19 gjorde det nødvendig å raskt iverksette tiltak for å begrense smittespredning for å beskytte liv og helse, og for å sørge for opprettholdelse av samfunnskritiske funksjoner i Norge. Disse tiltakene har i all hovedsak vært hjemlet i smittevernloven og helseberedskapsloven. Gjeldende helselovgivning er utarbeidet for å ivareta behovene i en normalsituasjon. Landet befant seg etter mars 2020 i en krisesituasjon som regelverket ikke fullt ut tar høyde for. Med hjemmel i koronaloven § 2 fastsatte Kongen den 27. mars 2020 midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av covid-19 (heretter midlertidig forskrift om endringer i

²⁰ § 1. Formålet med forskriften er å bidra til likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og en forsvarlig og effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser under utbruddet av covid-19

§ 2.Unntak fra rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b fjerde ledd gjelder ikke.

§ 3.Unntak fra rett til vurdering

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd andre punktum gjelder ikke

§ 4.Unntak fra prioriteringsforskriften

Prioriteringsforskriften § 5 fjerde ledd og § 6 andre og tredje ledd gjelder ikke.

helselovgivning). Forskriften gjorde tilpasninger og unntak fra pasient- og brukerrettighetsloven. Forskriften ble opphevet 1. oktober 2020.

7.2 Prioriteringer gjennom pandemien

I Ahus sitt svar til Koronakommisjonen beskrives det hvilke prioriteringsmekanismer som ble satt i verk ved sykehuset for å sikre nødvendig kapasitet:

Øyeblikkelig hjelp

- Det var behov for å omdisponere personell for å bemanne akuttmottak, covid-sengeområder og intensiv og overvåkingsenheter. Et viktig prinsipp i omdisponeringen var «flest mulig – lengst mulig». Hensikten med dette var å sikre kontinuitet og skape gode forhold for pasientsikkerhet – styrke kontinuitet rundt pasienten og derav pasientsikkerheten.
- En del ansatte jobbet hjemmefra, blant annet mens de var i karantene. Det ble lagt opp til at helsepersonell kunne følge opp pasienter per telefon eller videokonsultasjon på en sikker plattform. Videre ble det gitt tilgang til elektronisk pasientjournal på bærbar klinisk pc.
- Med noe variasjon var det tilnærmet samme aktivitet på øyeblikkelig hjelp i mars og april som i tilsvarende periode i 2019. De to første ukene av april var det 471 færre ankomster i akuttmottaket på Nordbyhagen, men 10 flere på Kongsvinger sykehus, sammenlignet med 2019.

Elektiv drift

- Det ble tidlig klart at det ville være behov for å redusere den ordinære aktiviteten for å få plass og bemanning til å håndtere pasienter med covid-19.
- Det ble lagt en trinnvis plan for nedtak av elektiv aktivitet som ble koordinert med driftsutvalgets plan for ibruktakelse av areal til covid-19-pasienter.
- Pasienter som fikk avlyst avtaler ble kodet på en særskilt måte, slik at det skulle bli enkelt å følge dem opp i etterkant.

Kreft

- Fra 30.03.20 ble all kirurgi som ikke var kreft eller øyeblikkelig hjelp, avlyst. Ettersom dagkirurgisk senter ble planlagt tatt i bruk som intensivenhet, ble kreftkirurgien opprettholdt på sentraloperasjonen.
- En prioriteringsgruppe for rasjonering av kapasitet til kreftkirurgi, ledet av fagdirektør, ble opprettet. Gruppens oppgaver var å foreslå praktiske prioriteringskriterier ved behov for å rasjonere kreftkirurgi og hvordan dette kunne fases inn trinnvis. Prioriteringsgruppen skulle også foreslå tiltak som sikret at det ble lik tilgang til kreftkirurgi i regionen.
- Kreftutredning og -behandling ble prioritert, og i mars var det liten endring i forløpstidene sammenlignet med tidligere januar og februar. Imidlertid var det færre pasienter som ble henvist til pakkeforløpene. Screening for brystkreft ble stanset.

Dialyse

- For dialysepasienter ble det etablert en egen arbeidsgruppe under driftsutvalget som vurderte ulike løsninger. Det var god kapasitet på Kongsvinger sykehus, og det ble derfor vurdert om det ville være mest hensiktsmessig å flytte pasienter eller ansatte.
- Polikliniske konsultasjoner
- Flere av avdelingene forsøkte å opprettholde poliklinisk aktivitet for å forebygge innleggelser. Mange av disse ble gjennomført som telefonkonsultasjon. Divisjon diagnostikk og teknologi fikk også på plass en sikker løsning for videokonsultasjon, som ble tatt i bruk 02.04.20.

Barn og ungdom

- Barne- og ungdomsklinikken måtte innføre restriksjoner på nyfødttintensiv etter at en ansatt fikk påvist smitte 09.03.20. I forbindelse med denne hendelsen innledet klinikken samarbeid med Oslo universitetssykehus, Sykehuset Østfold og Vestre Viken på klinikledernivå for koordinering og samarbeid.

- For å ta høyde for endrede forutsetninger som følge av utviklingen ble det også laget en trinnvis plan for alternative mottak og rutiner for behandling av barn og ungdom med behov for øyeblikkelig hjelp.

Psykisk helsevern og rusbehandling

- Divisjon psykisk helsevern og rus gjorde nødvendige tilpasninger initialt i pandemien både i pasienttilbudet og i organisasjonen. Som følge av pandemien ble den elektive aktiviteten noe redusert samtidig som antall henvisninger også gikk noe ned. Dette til tross for et stort fokus på å opprettholde normal aktivitet, så langt det var smittevernmessig forsvarlig.
- På Akuttavdelingen ble det gjort forberedelser til å håndtere smittepasienter både ved å øke kompetansen på smittevern i tett samarbeid med smittevernnavdelingen og hygiesykepleier, og ved fysiske ombygging som sikret slusefunksjon inn til enkelte rom for pasienter med smitte eller mistanke om smitte. Det var en bekymring knyttet til mangel på smittevernutstyr hos ansatte og risiko for smitte i utageringer og fysiske konfliktsituasjoner. Det ble derfor utarbeidet ny EQS-rutine som skisserte hvordan personalet skulle forholde seg til smitte eller mistanke om smitte. Denne rutinen ble etter hvert tilpasset og gjeldende for hele divisjonen.
- Som et tiltak for å redusere presset på akuttavdelingen, ble den åpne døgnsesjonen på Grorud DPS besluttet endret til en lukket subakuttseksjon godkjent for tvungent psykisk helsevern (TPH). Fylkesmannen i Oslo og Viken innvilget 18.3.2020 sykehusets søknad om midlertidig godkjenning av Skytta 3 for TPH. Denne enheten har under pandemien vært en viktig avlastning for akuttavdelingen for psykosepasienter i behov av noe lengre innleggelser innenfor rammen av TPH enn det akuttavdelingen kan tilby.
- I poliklinikkene på DPS ble det prioritert å triagere pasienter for å sikre riktig oppfølging. Det ble benyttet telefon- og videokonsultasjon som et alternativ til fysisk oppmøte for de pasientene hvor det ble vurdert som forsvarlig behandling. For pasientene i behov av fysisk oppmøte ble det praktisert puljevis oppstart og avslutning slik at ikke alle pasientene møtte samtidig, og at pasientene ventet utenfor lokalene til de ble hentet inn av behandler for å redusere smitterisikoen i ventesoner og korridorer.
- Konsultasjonspsykiatrisk enhet i divisjonen ble styrket og har tilbudt støtte og veiledning til ledere og ansatte og debrief i grupper av vaktpersonell, for å bidra til å redusere stress og påkjenninger til ansatte i somatiske avdelinger særlig berørt av pandemien.

7.3 Konsekvenser for pasienter uten covid

Evaluator har ikke fått framlagt skriftlige vurderinger av konsekvenser relatert til pasientsikkerhet og -rettigheter for pasientene i de respektive divisjonene. 26 % av legene (n= 261) svarer at de er uenig eller delvis uenig i at virkningen av redusert aktivitet for pasienter, som legen er ansvarlig for, er vurdert muntlig eller skriftlig under pandemien.

I spørreundersøkelsen ble leger med pasientansvar bedt om å rangere mulige konsekvenser tiltak ved Ahus har hatt for pasienter uten covid-19 (hver lege kunne velge flere alternativer). 75 % (n=255) av legene svarer at forlenget ventetid er den største utfordringen for pasienter uten en diagnose relatert til covid-19. 49 % legene mener at forverring av pasientens tilstand og forsinket diagnostisering for sine pasientgrupper har vært en konsekvens av tiltakene. 35 % av legene mener at forverring av prognose har også vært en konsekvens for pasienter. Økt helsebekymring og angst, redusert livskvalitet og økt isolasjon og ensomhet er andre konsekvenser, sammen med avlyste behandlinger/kontroller.

Tabellen under oppsummerer legenes svar på mulige konsekvenser av nedtak av elektiv virksomhet.

Mulige konsekvenser av covid tiltak	Andel
Forlenget levetid	75%
Forverring av tilstand	49%
Forverret prognose	35%
Redusert funksjonsnivå	43%
Redusert livskvalitet	53%

Økt isolasjon/ensomhet for pasienten	52%
Forsinket diagnostisering	48%
Forsinket oppfølging for enkeltpasienter som har vært uheldig for prognosen	34%
Mindre oppfølging av avdeling enn før koronasituasjonen under innleggelse	21%
Økt belastning på pårørende	37%
Økt helsebekymring/angst blant pasientene	51%
Mange avlyste behandlinger/kontroller fra avdelingens side	49%
Mange avlyste behandlinger/kontroller fra pasientene	37%
Mindre ivaretagelse etter utskrivning	16%
Problemer med tilgang på medisiner	3%
Biopsier blir ikke analysert tidsriktig	3%
Lab-tester blir ikke analysert tidsriktig	4%
Annet	4%
N	255

Tabell 5. Mulige konsekvenser av å trekke ned elektiv virksomhet

Ovennevnte konsekvenser treffer flere områder og pasientgrupper ved sykehuset. Spørreundersøkelsen viser at legene gjennomgående mener at ledelsen ved sykehuset, gjennom styringssignaler, budsjetter, planer og/eller vedtak i større grad bidro til et faglig godt tilbud til covid-19 pasienter enn øvrige pasienter.

83 % (n-266) av legene, som har svart på spørreundersøkelsen, er helt eller delvis enig i at pasientrettigheter er ivare tatt for pasientene som den enkelte lege har hatt ansvar for. 82 % av legene som har svart opplever å ha hatt mulighet til å sikre forsvarlig pasientbehandling for pasientene som de har hatt ansvar for. 16,5 % av leger med behandlingsansvar er uenig eller delvis uenig i at de har hatt mulighet til å sikre forsvarlig pasientbehandling for de pasientene de har hatt ansvar for.

70 % av legene (n-266) er enig eller delvis enig i at ledelsen har satt i verk tiltak for å ivareta pasientsikkerheten under pandemien. 18 % av legene er uenig eller delvis uenig i dette. Undersøkelsen viser at de fleste legene satte selv i verk tiltak for å ivareta pasientsikkerheten under pandemien.

57 % (n-260) av legene mener at retten til nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid er ivare tatt for de respektive legers pasientgrupper. 28 % av legene er uenig eller delvis uenig i dette, mens 15 % svarer vet ikke/ ikke relevant.

57 % av legene (n-266) er enig eller delvis enig i at etterslepet av pasientgruppen den enkelte lege har ansvar for er blitt så stor at det kan true forsvarlighetskravet og føre til negative konsekvenser for pasienten. 27 % er delvis uenig eller uenig, mens 16 % svarer vet ikke/ ikke relevant.

I fritekstsvarene utdyper flere av legene sine svar og eksemplifiserer ulike problemstillinger knyttet til hvordan pasientsikkerhet og pasientrettigheter ble fulgt opp og ivare tatt i prosesser og beslutninger gjennom pandemien. Noen av legene gir i fritekstsvarene uttrykk for at de har kontroll på pasientgruppen de har ansvar for.

«Økt henvisningsgrad, men alle får forsvarlige tilbud. en del forsinkelser på grunn av smitte hos pasient og behandlere.»

«På hjerte var det kun svært kortvarig stopp i poliklinisk og elektiv aktivitet. Dette sammen med mindre pågang har gjort det mulig å være tilnærmet ajour.»

En tredje gir uttrykk for at vedkommende mener at pasientrettighetene er ivare tatt.

«Samtidig har ikke behandlingstilbudet vært optimalt selv om det har vært forsvarlig. Pasienten har mistet mulighet for god behandling selv om sikkerheten ikke har vært truet. Jeg opplever at det i større grad har vært de samfunnsmessige og kommunale nedstengningene som har bidradd til helhetlige

negative konsekvenser, som dårligere psykisk helse, mangel på mestringstrening i kommunal regi som ledd i en samlet tverrfaglig behandling sammen med spesialisthelsetjenesten. I enkelte tilfeller har utredning blitt forsinket pga. utsatte konsultasjoner som følge av covid, med fristbrudd i pakkeforløp, men jeg kjenner ikke til at det har gått ut over sikkerheten.»

«Enkelte pasienter ble ferdigbehandlet som det antas i en normal situasjon hadde blitt overflyttet til fagspesifikk sengepost før utskrivelse.»

Øyeblikkelig hjelp pasienter har i stor grad blitt skjermet under pandemien. I ett av fritekstsvarene går det fram:

«Som nevnt tidligere, har vår seksjon i liten grad blitt rammet av avlyste polikliniske timer. Mye av vår aktivitet dreier seg om å behandle øyeblikkelig hjelp eller akutte tilstander som krever behandling innen en uke. Her opplever vi de samme kapasitetsutfordringene som utenfor pandemi.»

Når det gjelder covid-pasienter med tilleggsdiagnoser initialt i pandemien:

«Da det ellers var få av de "vanlige pasienter". var høsten 2021 en av de mest hektiske periodene jeg har opplevd. Ikke pga covid-19 syke pasienter i seg selv, men pga alle smittevernreglene som gjaldt covid-19 sykepasienter som var innlagt av andre grunner, f.eks hjerteinfarkt. Dette gjorde innleggelses logistikken enormt utfordrende da vi ikke hadde nok plasser til å isolere pasientene.»

Flere leger gir uttrykk for at det på grunn av nedtrekk av pasientbehandling har ventelistene økt betraktelig med etterslep og fristbrudd. Dette gjelder både poliklinikk, dagkirurgi og sentraloperasjon. Et stort antall pasienter uten covid eller kreft er påført forlenget ventetid.

I ett av fritekstsvarene går det fram at: *«Pasientsikkerheten i akuttmottaket og på sengepost har vært betydelig påvirket under pandemien. Det er flere kjente tilfeller der pasienter har blitt alvorlig syke som følge av for stor pågang i akuttmottaket. Det som imidlertid ikke er kjent, er mørketallene:*

- Hvor mange pasienter har fått forsinket eller feil behandling tidlig i forløpet og således fått sine utsikter til bedring redusert?*
- Hvor mange pasienter som ellers ville ha blitt tilbudt innleggelse på sykehus har heller fått behandling i hjemmet hvor de har blitt sykere og deretter kommet tilbake til sykehuset med mer alvorlig sykdom?*
- Hvor mange sykehjemspasienter som ellers ville blitt tilbudt innleggelse og behandling i sykehus har heller fått behandling på sykehjemmet?*
- Hvor mange pasienter har blitt skrevet ut en eller to dager før de ellers ville ha vært skrevet ut fordi det ikke var sengeplasser på sykehuset?*
- Hvor mange pasienter som av forskjellige grunner burde ha vært tilbudt enerom, har ligget på korridor?*
- Hvor mange pasienter som burde ha ligget på en spesiell fagavdeling (fx infeksjon) har heller fått behandling på en avdeling der verken sykepleiere eller leger har nødvendig kompetanse til å behandle slike sykdommer?»*
- Hvor mange pasienter som ellers ville ha fått behandling på overvåknings-/intensivavdeling har blitt avslått for slik behandling fordi det ikke har vært kapasitet».*

En annen lege påpeker at kronikere er rammet:

«Både tilgang til kommunal helsetjeneste med fysioterapi/fastlege etc har blitt redusert og ditto sykehuskontakter - både polikliniske og ved innleggelser. Dette dels på grunn av redusert bemanning etc som har ledet til færre behandlingstimer, men også på grunn av risiko for smitte og usikkerhet fra pasientenes side som delvis har selvisolert seg i hvert fall under første fase inntil at de var vaksinert - dette har ledet til mange tilfeller av uheldig forverring av kronikeres tilstand!»

Det blir også gitt uttrykk for at

«(...) sykehuset har fra tidligere (før COVID-19 i realiteten ikke har hatt tilstrekkelig kapasitet til å følge opp ordinær drift (det har stadig vært iverksatt tiltak for å øke kapasitet, hente inn etterslep, leie inn ressurser mv.). Det synes ikke rimelig å anta at sykehuset nå skal evne å hente inn et større etterslep når det i praksis ikke er tilført ytterligere ressurser.»

«Besøksrutiner og isolasjon av pasienter med kognitiv svikt har vært nødvendig med tanke på smittevern (i alle fall i perioder) før vaksine, men har nok sikkert svekket pasientenes livskvalitet under oppholdet, vært fysisk begrensende med mindre mulighet til å komme seg igjen etter innleggelse».

En lege mener at nedtak av kapasitet over lang tid *«har generert etterslep som selv med ekstrainsats vil kreve 2-3 års arbeid å komme i balanse forutsatt at normal driftssituasjon gjenopprettes».*

En annen lege gir uttrykk for at:

«avbestillinger med kort varsel og manglende oppmøte av pasienter samt høyt sykefravær blant ansatte (som fortsatt er pågående) har ført til større etterslep til tross for strengere prioritering. Det er vanskelig å si nøyaktig hvor grensen til forsvarlighetskravet går med tanke på etterslepet. Klarer vi å snu nå så er vi etter min mening innenfor, men det vil ta tid å jobbe seg ned. I retrospekt kunne tiltak mot akkurat dette kanskje vært flere og tidligere på plass, men det blir jo en større prioritering selvsagt. Eventuelle tiltak bør ikke bare basere seg på økt belastning på ansatte i form av overtid ol., da det vil forsterke slitasjen blant ansatte.»

Smittevernsrutiner var ikke bare en utfordring for de ansatte, men også i forhold til pasientkontakt. For eksempel at det *«fører til vanskeligere pasientkommunikasjon (fysisk lydhindrende, ser ikke mimikk, isolerte pasienter får sjeldnere tilsyn) og sterkt svekket mulighet til å kommunisere med pårørende. Dette kan true både pasientsikkerhet og pasientrettigheter».*

«Fokus på covid-19 har vært så sterkt at pasienter til dels ikke har blitt undersøkt på legevak, men sendt til testing og så returnert hjem når testen var negativ. Dette har forsinket sykehusinnleggelse og diagnostikk av kritiske sykdomstilstander (som ikke var COVID)»

Lenger ventetid på poliklinikken *«gjør at flere pasienter har måttet gå med tilstander de ellers raskt ville fått hjelp for. Det er illevarslende at man oppdager flere kreftpasienter i et senere stadium pga. ventetid poliklinisk. Mange pasienter med større plager har måttet utsettes i vel 1 år for å komme til operativ behandling. Pasienter blir liggende i akutmottaket over > 10 timer grunnet plassmangel. En lege merker «økt innsøking av pasienter som følge av pandemien. Både under pandemien og nå i etterkant. Dette har pågått i to år uten at f.eks. målsettinger knyttet til epikrisetid, avslagsprosent har blitt endret. Driftsmål er opprettholdt sammen med økt arbeidsbelastning og behandlere som slutter /sykemeldes. Dette er ikke forenlig. Og vil gå utover pasientene på sikt».*

Leger beskriver at flere pasienter har latt være å ta kontakt og har gått med plager/smerter lenger enn nødvendig.

«Pårørende til alvorlig syke har følt seg alene. Kritikkverdig personalmangel på legesiden. Elendig operasjonskapasitet på Norges største sykehus der akutte skadete pasienter må vente i uforsvarlig lang tid på operasjon. Pasienter kommer til polikliniske kontroller halvannet år etter det som var planlagt. Pasienter med hjertesvikts forverring og/eller nyoppstått hjertesvikt har opplevd forsinket helsehjelp på grunn av "luftveissymptomer" og krav om testing.»

Noen leger har forslag til forbedring. En lege skriver f.eks.: *«håper sykehusledelsen kan hjelpe til med info til befolkningen om et betydelig etterslep som det vil ta tid å ta igjen. Dette gjelder helt sikkert mange fagområder. Et tydelig budskap om forståelse for plagene til de som har måttet vente, og et ønske om å bruke ressurser på å ta igjen ventelisten, vil redusere antall klager og misnøye og frigjøre arbeidstid til pasientarbeid for oss som er i klinikken.»*

7.4 Vurderinger

7.4.1 Evaluators vurdering av hvordan pasientsikkerhet og pasientrettigheter ble ivaretatt

I mandatet går det fram at evalueringen ikke skal omfatte vurdering av virkningene som beslutninger om endringer i aktivitet har hatt for berørte pasientgrupper, men avgrenses til å se på hvordan Ahus har sørget for å vurdere dette underveis i håndteringen av pandemien. Evaluator har etterspurt dokumentasjon som viser hvordan pasientsikkerhet og pasientrettigheter har blitt fulgt opp og ivaretatt gjennom pandemien, men har ikke fått dette fremlagt. Gjennom intervjuer og spørreundersøkelse har evaluator fått inntrykk av at det ikke er gjort systematiske vurderinger av dette gjennom pandemien fra ledelsens side men at leger har gjort denne type vurderinger fortløpende for sine pasienter/pasientgrupper. På den annen side er det innledningsvis i pandemien gjennomført et arbeid hvor prioriteringer mellom pasientgrupper tydelig framkommer.

Evaluator registrerer at det i intervju og i spørreundersøkelse framkommer at det ikke er en omforent mening mellom medisinske ansvarlige og pasientansvarlige leger for enkelte pasientgrupper når det gjelder i hvilken grad forsvarlighetskravet for enkelte pasientgrupper er etterlevd gjennom pandemien.

Den beslutningen som etter evaluators mening har hatt størst betydning for pasientsikkerhet og pasientrettigheter, var nedtak av elektiv pasientbehandling på grunn av mangelfull intensivkapasitet og personellmangel. Nedtaket var en konsekvens av myndighetenes anbefaling om å sikre behandlingskapasitet for covid-19-pasienter.

Mulige forbedringer

- Ahus bør vurdere å styrke arbeidet med å følge opp pasientsikkerhet ved situasjoner som en langvarig pandemi, herunder vurderinger av konsekvenser som kan følge av en pandemi der pasienter på grunn av kapasitet ikke får den behandling de normalt ville fått.
- Ahus bør styrke arbeidet med å sikre at pasientsikkerhet og -rettigheter er tilstrekkelig og systematisk vurdert og utredet for pasientgrupper som blir berørt av nedtrekk av aktivitet
- Ahus bør sørge for å ha klare planer for hvordan behandlingsetterslep blir hentet igjen for å motvirke risiko for uforsvarlighet for pasientgrupper /enkelpasienter.
- Ahus bør utarbeide planer for aktivitet som bør skjermes.

8 Helse, miljø og sikkerhet

Hvordan ble helse, miljø og sikkerhet for ansatte fulgt opp og ivaretatt?

8.1 Evalueringskriterier

Arbeidsmiljøloven § 4-1 fastsetter generelle krav til arbeidsmiljøet. I aml § 4-1, 1. ledd går det fram at «arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Begrepet «fullt forsvarlig» er en rettslig standard som presiseres og utfylles gjennom konkrete bestemmelser i loven, særlig §§ 4-2 til 4-6, i forskriftene til loven og gjennom Arbeidstilsynets enkeltvedtak. I Ot.prp. nr. 3 (1975-76) s. 26 fremholder departementet at begrepet «fullt forsvarlig» ikke nødvendigvis innebærer at all risiko er eliminert. «Det loven vil kreve, er først og fremst at virksomheten skal innrettes, og arbeidet organiseres på en slik måte, at arbeidstakerne er sikret mot skader på liv og helse så langt dette rent praktisk lar seg gjennomføre.» Selv om de enkelte arbeidsmiljøfaktorer hver for seg er forsvarlig, kan det tenkes at den samlede belastning likevel er uakseptabel. De forskjellige faktorer må vurderes samlet. Det er et viktig prinsipp i loven at fysiske og psykiske faktorer er likestilte arbeidsmiljøfaktorer.

Lovens formål er vesentlig i vurderingen av fullt forsvarlig:

- a) å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet,
- b) å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet,
- c) å legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon,
- d) å gi grunnlag for at arbeidsgiver og arbeidstakerne i virksomhetene selv kan ivareta og utvikle sitt arbeidsmiljø i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og kontroll fra offentlig myndighet,
- e) å bidra til et inkluderende arbeidsliv.

Arbeidstilsynet skiller mellom det organisatoriske og det psykososiale arbeidsmiljøet (arbeidsbetingelser), slik det også gjøres i arbeidsmiljøloven. Psykososiale arbeidsbetingelser dreier seg først og fremst om de mellommenneskelige forholdene på arbeidsplassen, samt om form og innhold i disse. Kravene til psykososialt arbeidsmiljø er hovedsakelig regulert i arbeidsmiljøloven § 4-3, men må også ses i sammenheng med bestemmelsene i §§ 4-1, 4-2 og 4-6 som handler om de organisatoriske arbeidsbetingelsene. Arbeidstilsynet skriver på sine nettsider at de psykososiale arbeidsbetingelsene ofte er en konsekvens av hvordan arbeidet er organisert ledet og tilrettelagt.

Begrepet organisatoriske arbeidsbetingelser viser til generelle krav i arbeidsmiljøet som alle virksomheter må forholde seg til. De organisatoriske arbeidsbetingelsene er med på å legge føringer for å danne rammer for arbeidsmiljøet generelt i en virksomhet.

Arbeidsgiver skal sørge for at bestemmelsene gitt i og i medhold av denne lov blir overholdt jf. aml 2-1. Rettsregelen skal tydeliggjøre arbeidsgivers overordnede ansvar for at loven etterleves.

Arbeidstaker som har til oppgave å lede eller kontrollere andre arbeidstakere, skal påse at hensynet til sikkerhet og helse blir ivaretatt under planleggingen og utførelsen av de arbeidsoppgaver som hører under eget ansvarsområde jf. aml § 2-3 3. avsnitt. Bestemmelsen gjelder i prinsippet alle ledere, uansett hvor mange arbeidstakere de leder og hvilke risikoforhold som ligger innenfor den enkelte leders ansvarsområde. Bestemmelsen markerer at arbeidsmiljøet er et klart lederansvar på alle nivåer i organisasjonen. Arbeidslederansvaret må avgrenses mot arbeidsgivers ansvar og innebærer ingen

innskrenkning av dette, jf. § 2-1 og § 1-8 annet ledd. Bestemmelsen korresponderer med arbeidsgivers motsvarende plikt til å påse at arbeidsledere har nødvendig kompetanse til å føre kontroll med at arbeidet innenfor sitt ansvarsområde blir utført på en helse- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte, jf. § 3-2 første ledd bokstav b.

Arbeidstakers medvirkningsplikt er regulert i aml. § 2-3. Arbeidstaker skal medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Arbeidstaker skal delta i det organiserte verne- og miljøarbeidet i virksomheten og skal aktivt medvirke ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø. Arbeidstaker skal straks underrette arbeidsgiver og verneombudet og i nødvendig utstrekning andre arbeidstakere når arbeidstakeren blir oppmerksom på feil eller mangler som kan medføre fare for liv eller helse, og vedkommende ikke selv kan rette på forholdet jf. aml. 2-3 b).

8.2 Arbeidsmiljø ved Ahus under pandemien

Evalueringen viser at 86 % av respondentene (N-2531) svarer at de opplever at det har vært et godt arbeidsmiljø i enheten de under pandemien har hatt sitt hovedarbeidsforhold. 13 % er helt eller delvis uenig i påstanden. Opplevelsen av et godt arbeidsmiljø, viser til gjennomgående godt samarbeid innad i enheten og på tvers av enhetene, at ansatte har arbeidet mot samme mål og det har vært god stemning. God informasjon og omsorg for hverandre er andre momenter som gjennomgående trekkes fram. Nedenfor synliggjøres noen utsagn fra de ansatte som er enig i påstanden om at det har vært et godt arbeidsmiljø.

«Gode kollegaer som alle trekker lasset.»

«Personalet har støttet hverandre og stilt opp frivillig til ekstravakter og overtid når det har vært mye sykefravær. Har ikke vært behov for press på de som ikke har orket å jobbe ekstra. Folk har sendt støttende meldinger til de som har vært syke.»

«Arbeidsmiljøet har ikke vært bedre eller dårligere enn ellers, men covidhånderingen har fungert bra og vi har hatt lite smitte i avdelingen. Jeg har opplevd at vi har hatt mindre fravær enn ellers og generelt mindre å gjøre.»

«Vi var i skyttergraven hver dag, følte vi. Og det skaper et ganske sterkt bånd. Vi har hatt mange samtaler, vi har opplevd at egne ble syke.»

«God lagånd og dugnadsånd. Løsningsorienterte medarbeidere. God kommunikasjon og håndtering av uforutsette situasjoner. Til tross for stor arbeidsbelastning har medarbeiderne beholdt pågangsmot og evne til godt samarbeid både internt i avdelingen og med andre avdelinger. Flinkere ledere som har vært raskt til å sikre samsyn på hvordan vi skulle håndtere nye utfordringer.»

«Samholdet mellom sykepleierne i avdelingen er sterkt, og det har hjulpet oss igjennom krisen. Gode kollegaer har støttet hverandre. Det har vært mange frustrasjoner, men de er rettet oppover i systemet til leder. Usikkerheten til å begynne med var det vanskeligste å takle. Følte da at vi ble overlatt til oss selv etter klokken 15.30 da lederne dro hjem. Vi stod da igjen og ante ikke hva som ventet oss i løpet av vekten. Men etter hvert har vi senket skuldrene og blitt vant til luftsmitteisolasjon og alle rutiner. Jeg tror at selv om vi har hatt en enorm arbeidsbelastning har vi kommet styrket ut av pandemien.»

«Spesielle utfordringer gir samhold og ønske om å løse dette sammen. I travle perioder har arbeidsmiljøet blitt opplevd som godt. I starten av pandemien var dugnadsånden sterk og alle ville bidra for å håndtere dette. Utover i pandemien har dette blitt mere nyansert og vi har opplevd større tretthet ift å mobilisere inn mot nye runder med økte utfordringer. I BUK har tilstrømningen av pasienter variert gjennom pandemien, i rolige perioder og perioder hvor vi har bistått andre enheter har arbeidsmiljøet vært dårligere enn i perioder med høy tilstrømning som under RS sesongen 2021.»

«Det har vært et svært godt samarbeid i ledergruppen og med tillitsvalgte og verneombud. Alle ansatte både ledere, tillitsvalgte og ansatte har sammen bidratt til å gjøre det beste ut av en krevende situasjon. Alle har tatt ansvar for å få dette til. Det har vært en svært positiv stemning under hele pandemien, hvor alle har hatt troa på at dette fikser vi.»

De som er helt eller delvis uenig i at det har vært et godt arbeidsmiljø påpeker følgende forhold:

«Arbeidsbelastningen hos de ansatte har vært veldig høy over lang tid. Klar og tydelig kommunikasjon videre ut til de ansatte har vært utfordrende når beslutninger endres fortløpende. Linjevei, hvem som får informasjon og hvem som tar beslutninger har tidvis vært uklart. De ansatte burde underveis fått bedre oppfølging av de nærmeste lederne sine, men grunnet en enorm økning i ansatte å ha ansvar for, ble det ikke rom for at den enkelte ble sett og hørt godt nok. Tilbudet om avlastningssamtaler burde vært etablert og i en større skala fra begynnelsen av for å hindre sykefravær og en uhensiktsmessig belastning på de ansatte, samt forhindre arbeidstretthet. Støtte til ledere med økt drift har vært mangelfull.»

«Vi har mistet alt fellesskap ved at det ikke har vært mulig å sitte sammen å spise lunsj i tillegg til at alt annet sosialt har vært kansellert. Matpauser har vært gjennomført på diverse kontorer og arbeidsstasjoner og spredd langs veggene i gangen med gjennomgangstrafikk.»

«Fokus på prestasjoner har gått sterkt utover det fysiske arbeidsmiljøet. Seksjonen har over lengre tid gjennom pandemien ekspandert i omfang ved økt bemanning og en større instrumentpark. Konsekvensene har vært at de ansatte har fått mindre plass å gjøre jobben sin på og har vært nødt til å jobbe på en måte som hverken er brannforskriftsmessig eller helsemessig forsvarlig. Et eksempel på dette er at de ansatte ikke har hatt mulighet til å holde minst 1 meters avstand seg imellom. Ekspansjonen i et begrenset lokale har også medført at tilgangen på arbeidsstasjoner (PCer) og stille områder til kontorarbeid er sterkt redusert. Sammen med en kontinuerlig stor arbeidsbelastning gjennom hele pandemien har konsekvensen blitt at mange ansatte har slitt seg ut og produktiviteten gått ned.»

27 % av de som svarte på spørreundersøkelsen (n=2526) er enig eller delvis enig i påstanden om at de har observert uønskede handlinger i eller utenfor min enhet som har hindret/hemmet min enhet i å utøve vårt arbeid under pandemien på en god måte. Svarene på spørreundersøkelsen viser enkelte mindre variasjoner på tvers av divisjoner og klinikker. Eksempelvis svarer 37 % av de ansatte i Kirurgisk divisjon og Ortopedisk klinikk at de er enig eller delvis enig i påstanden, mens tilsvarende tall fra ansatte i for eksempel Kvinneklinikken og Facilities management divisjonen er henholdsvis 31 % og 33 %.

Dette illustreres i dette fritekstswaret fra spørreundersøkelsen:

«Manglende samhandling mellom avdelinger i ulike situasjoner herunder:

- *Overlevering av pasienter uten at det ble opplyst om at de var smittet*
- *Situasjoner hvor ulike yrkesgrupper forholder seg rigid til sårbare situasjoner uten å forsøke å løse forholdene på en opplevd rasjonell måte*
- *Opplevde brudd på retningslinjer eksempelvis smittevernrutiner*
- *Manglende konsekvent etterlevelse av fastsatte retningslinjer*
- *Manglende erstatning av omdisponert personell».*

8.3 Psykososialt arbeidsmiljø

81 % av de ansatte som har svart på undersøkelsen (n=2531) er enig eller delvis enig i at deres faglige integritet er ivaretatt under pandemien ved Ahus. 15 % av respondentene er delvis uenig eller uenig. 83 % av de spurte svarer at de opplever at deres verdighet er ivaretatt under pandemien. 57 % (n=2526) av de ansatte er enig eller helt enig i at de har opplevd en endring i deres psykiske belastning under pandemien.

I svar på påstanden: «Jeg har ikke blitt utsatt for unødige psykiske belastninger under pandemien» gir 31 % (n=2533) uttrykk for at de er uenig eller delvis uenig i påstanden. 29 % at de er delvis uenig eller uenig i at

deres psykiske helse og velferd har blitt godt ivaretatt ved Ahus under pandemien. 43 % er delvis uenig eller uenig i at de har mottatt hjelp og støtte når de har vært utsatt for psykisk belastning på jobb.

Tabellen under viser at det er ulik grad av uenighet på tvers av divisjoner, og klinikker. Respondenter som har svart fra kvinneklinikken er generelt mer uenig enn andre.

Påstand	Totalt	Kvinne- klinikken	Kirurgisk divisjon	Ortopedisk klinikk
Jeg har ikke blitt utsatt for unødig psykiske belastninger under pandemien	31%	42%	40%	33%
Når jeg har vært utsatt for psykiske belastninger under pandemien har jeg mottatt hjelp og støtte	43%	53%	47%	57%
Min psykiske helse og velferd er godt ivaretatt under pandemien	29%	40%	33%	32%

Tabell 6. Andel helt eller delvis uenig i ulike påstander knyttet til psykososialt arbeidsmiljø

21% er uenig eller delvis uenig i at de har opplevd det som trygt å gå på jobb under pandemien. De som har svart "uenig" eller "delvis uenig" på påstanden at du har opplevd det som trygt å gå på jobb under pandemien har utdypet hva som har gjort dem utrygge i fritekstsvar:

«Ikke tilrettelagt arbeidsforhold mtp smittesituasjon, manglende ivaretagelse av avstand fra kollegaer på kontorene og vaktrommene. Ikke mulig å ivareta smitteverntiltak grunnet omfattende plassmangel på sykehuset. Dette har i stor grad gått utover personalets sikkerhet og trygghet da det ikke har vært mulig å tilrettelegge med omplassering eller hjemmekontor på et sykehus.»

«Er i risikogruppen, følt uro i forhold til å bli smittet av covid-19.»

«Som ansatt i psykisk helsevern har vi hatt åpent hele tiden, bortsett fra de to første ukene i nedstengningen. Kraftig økning i henvisninger som gjør at vi møter mange pasienter hele dagen, med munnbind. Samtidig strenge restriksjoner ift kontakt/fysisk med våre kolleger. Det er belastende over tid.»

«Arbeidsbelastningen og presset har vært uforsvarlig høyt, man har utsatt seg selv for både psykiske og fysiske overbelastninger.»

«Vage smittevernregler som kom alt for sent i gang, ikke bruk av munnbind i starten av pandemien, usikkerhet om hvem som skulle i karantene, uendelig mange nærkontakter, pasienter som møter med mann og barn til timen til tross for anbefalinger om kun en /ingen pårørende, pasienter som kommer til time selv om de har symptomer og tester positivt for covid etter timen, lokaler hvor det er umulig å holde 1 meters regelen både til pasienter og kollegaer. Økende antall pasienter, har hatt opp i 50 pasienter på en dag.»

«Å bli omplassert til andre enheter, nye arbeidsoppgaver, nye kollegaer, nytt fysisk arbeidssted, satt i tredelt turnus med mye helgejobb. Alt dette uten at man føler selv å ha innflytelse på avgjørelsen og egentlig ikke ønsker å bytte jobb gjør at arbeidshverdagen blir utrygg og uforutsigbar og at man opplever mye stress.»

«Generelt har jeg som arbeider på sykehus vært veldig redd for å smitte pasienter, dette har gjort at jeg har begrenset mitt sosiale liv i ganske stor grad. Det begynner å bli litt lettere nå, men dette har vært tungt.»

«Som en eldre arbeidstaker har angsten for å bli smittet vært stor. At jeg er en gammel intensivsykepleier som ikke har arbeidet klinisk på 30 år, gjør det ikke bedre når man får beskjed av leder at man må si

hvor man vil arbeide hvis det blir mange dårlige pasienter. Ikke greit. jeg har gruet for å gå på jobb, sovet dårlig og følt stor belastning. er nå 66 år.»

«Som pårørende til høyrisiko utsatt person under pandemien har jeg opplevd måten Ahus som arbeidsgiver har håndtert ansatte i denne gruppen som dårlig / risikofyllt og dermed belastende for min psykiske helse.»

8.4 Lederstøtte og informasjon til de ansatte

I intervju blir det opplyst at HR har hatt fokus på lederstøtte og informasjon til de ansatte. HR tok tidlig ansvar for å dekke behovet for informasjon og psykososial støtte til de avdelingene der belastning og inntrykk var størst. Psykisk helsevern har primært støttet intensiv og overvåkning, men med tilbud til alle på sykehuset. Særlig på intensivområdet var det krevende for de ansatte i starten på grunn av at pasientene var svært syke. Det var skremmende for alle ansattgrupper å forholde seg til covid-smittede pasienter mv. Dette endret seg etter hvert som man lærte å håndtere sykdommen/pasientene, og fikk gode behandlingsresultater. Den siste tiden har behovet for støtte vært størst på akuttmottaket, pga. slitne og utmattede ansatte. 44 % av respondentene (n=792) som har svart at de har deltatt i behandlingen av covid-pasienter, er helt eller delvis uenig i at de har mottatt hjelp og støtte under pandemien når de har vært utsatt for psykiske belastninger. 40 % av respondentene opplever at de i svært liten grad eller i liten grad har fått tilstrekkelig og oppdatert informasjon fra sykehusledelsen om psykososiale støttetiltak (HR-støtte, debriefing og lignende).

Fra spørreundersøkelsen finner blant annet dette om oppfølging av medarbeidere:

«De ansatte burde underveis fått bedre oppfølging av de nærmeste lederne sine, men grunnet en enorm økning i ansatte å ha ansvar for, ble det ikke rom for at den enkelte ble sett og hørt godt nok. Tilbudet om avlastningssamtaler burde vært etablert og i en større skala fra begynnelsen av for å hindre sykefravær og en uheldig belastning på de ansatte, samt forhindre arbeidstretthet»

8.5 Arbeidsforhold og tilrettelegging for de ansatte

62 % (n=2531) av de som svarte på spørreundersøkelsen er enig eller delvis enig i at det i respondentens enhet har vært en god balanse mellom oppgaver og personell under pandemien. 35 % er uenig eller delvis uenig dette. To avdelinger skiller seg ut. I Gastrokirurgisk avdeling og Akuttmedisinsk avdeling svarer henholdsvis 67,5 % (n=40) og 63 % (n=57) at de er delvis uenig eller uenig i påstanden.

24 % (n= 2526) av respondentene svarer at de er uenig eller delvis uenig i at arbeidsbelastningen har vært jevnt fordelt mellom ansatte med samme arbeidsoppgaver som respondenten under pandemien. De avdelingene som skiller seg ut og med verdier fra 45 % og oppover, og som svarer delvis uenig eller uenig, er Gastrokirurgisk avdeling 45 % og Akuttmedisinsk avdeling 46, 5 %, Dagkirurgisk avdeling 61,3 %, Urologisk avdeling 58 % og Logistikkavdelingen 55 %.

17 % (n=2530) svarer at de er enig (4,6 %) eller delvis uenig (14,5 %) i at de har vært pålagt oppgaver som de ikke har hatt forutsetninger for å løse under pandemien.

42 % av de spurte er enig eller delvis enig i at de har opplevd endring i deres fysiske arbeidsbelastning sammenlignet med før mars 2020.

50 % (n=2530) av respondentene er enig eller delvis enig i at de har hatt anledning til å påvirke sin arbeidshverdag under pandemien.

50 % av ansatte som har svart på undersøkelsen (n=2526) er uenig eller delvis uenig i at de har opplevd endring i sin arbeidstid sammenlignet med før mars 2020.

67 % er uenig eller delvis uenig i at de har fått endret sine ferieplaner under pandemien.

23 % av de spurte (n=2424) er uenig eller delvis uenig i at de har fått nok restitusjon og hvile mellom vaktene under pandemien. Tabellen nedenfor viser avdelinger hvor over 40 % av respondentene svarer at de uenig eller delvis uenig i påstanden «Jeg har fått nok restitusjon og hvile mellom vaktene under pandemien»

	Totalt	Gastro- kirurgisk avd.	Anestesi- avd.	Akutt- medisinsk avd.	Hema- tologisk avd.	Medisinsk- overvåknings avd.	Tverrfaglig laboratorie- medisin- og medisinsk biokjemi avd.
Enig	41%	25%	32%	9%	8%	21%	27%
Delvis enig	16%	25%	22%	19%	42%	7%	23%
Delvis uenig	12%	13%	18%	26%	25%	29%	16%
Uenig	11%	30%	25%	43%	17%	43%	25%
Vet ikke	19%	8%	3%	3%	8%	0	9%
N	2542	40	100	58	12	14	75

Tabell 7. Grad av enighet i påstanden «Jeg har fått nok restitusjon og hvile mellom vaktene under pandemien»

Når det gjelder påstanden «Arbeidet i min enhet har under pandemien vært organisert og tilrettelagt på en slik måte at det tas hensyn til min alder/livssituasjon» svarer 24 % at de er uenig eller delvis uenig.

24 % (n=2530) svarer at de er enig eller delvis enig i at de har erfart lengre perioder med lavere arbeidsbelastning enn normalt under pandemien. Undersøkelsen bekrefter at et stort flertall av lederne i de respektive divisjoner ved sykehuset oppfatter at de ansatte i har hatt meningsfylte oppgaver å utføre både når sykehuset har vært i beredskap, når trinnvise planer er benyttet og i normal drift under pandemien.

8.6 Omfang av ansatte som har blitt smittet av covid-19 og registrering i arbeidstakerregisteret

8 % av respondentene (n=2528) i spørreundersøkelsen svarer ja på spørsmålet om det er sannsynlig at de har blitt smittet av covid-19 under arbeid ved Ahus. 16 % svarer vet ikke, mens 74 % bekrefter at de ikke har blitt smittet i forbindelse med sitt arbeid på Ahus. 8 % (n=604) av de som har svart at de mener at de har blitt smittet eller ikke vet om de har blitt smittet på arbeid ved Ahus, svarer nei på spørsmålet om yrkesskaden (covid-19-sykdommen) er meldt som EQS-avvik.

10 % svarer at yrkesskaden (covid-19 sykdommen) er meldt til NAV som dokumentasjon med hensyn til mulige senskader. 50 % svarer nei, mens 27, 4 vet ikke om eventuell sykdom med covid-19 er meldt til NAV. 2 % av de spurte bekrefter positivt at de har kunnskap om at de er registrert i arbeidstakerregisteret for ansatte som kan være eksponert for biologiske faktorer, gruppe 3.

8.7 Vurderinger

8.7.1 Evaluators vurdering av hvordan helse, miljø og sikkerhet for ansatte ble ivaretatt under pandemien

I spørreundersøkelsen er etterlevelse av rettsregler som regulerer de ansattes rettigheter nedfelt i arbeidsmiljøloven §§ 4.1- 4.4 om et forsvarlig fysisk- og psykisk arbeidsmiljø undersøkt. Etter evaluators mening er ansattes rettigheter etter arbeidsmiljøloven ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp og ivaretatt for flere medarbeidere bl.a. som en konsekvens av økt fysisk og psykisk arbeidsbelastning for ansatte ved Ahus.

Undersøkelsen viser at majoriteten av de ansatte opplever at rettighetene helt eller delvis er etterlevd. På den annen side er det på enkelte områder et ikke ubetydelig antall ansatte som gjennom sin opplevelse av arbeidssituasjonen ikke er enig i at rettsregler relatert til arbeidsmiljøet har blitt etterlevd gjennom

pandemien. Analysen viser at det for ulike arbeidsrettslige tema er åpenbart at enkelte divisjoner, avdelinger og enheter har hatt større utfordringer enn andre. Ledelsen bør særlig være oppmerksom på at flere ansatte som er omdisponert har opplevd at omplassering av arbeidssted i forbindelse med pandemien har skjedd gjennom tvang.

Ansatte opplever også manglende mulighet for tilstrekkelig hvile mellom vakter og at psykiske helse og velferd ikke i tilstrekkelig grad er ivaretatt. Fritekstsvar kombinert med kvantitative data viser at mange ansatte har vært gjennom store opplevde psykiske og fysiske påkjenninger gjennom pandemien og som ikke opplever å ha fått den nødvendige hjelp og støtte de har hatt behov for. Evalueringen viser også at det ikke i tilstrekkelig grad oppleves at det er gitt tilbud eller informasjon om psykososiale støttetiltak.

En rekke ansatte bekrefter i spørreundersøkelsen at de er smittet av covid-19 på jobb ved Ahus. Ahus bør sikre at ansatte som har vært smittet registreres i relevante registre for å sikre dokumentasjon ved skader og senskader og riktig registrering i arbeidstakerregisteret for ansatte som er eksponert for biologiske faktorer gruppe 3.

Mulige forbedringer

- Ahus bør i større grad være oppmerksom på ansattes psykiske og fysiske arbeidsmiljø og proaktivt sette inn forsterkede støttetiltak for personell som er utsatt for unormalt store påkjenninger og belastninger i en langvarig pandemisituasjon.
- Ahus bør være særlig oppmerksom på behovene for å ivareta og forebygge mulige senvirkninger for ansatte som under pandemien har opplevd store psykiske og fysiske påkjenninger
- Ahus bør etablere et system som sikrer at ansatte som smittes i en pandemi registreres i relevante registre.

9 Vaksinestrategi

Hvordan har vaksinestrategien fungert?

9.1 Evalueringskriterier

9.1.1 Ansvar og føringer for vaksiner

Helseforetak har ansvar for å beskytte sine ansatte og skal, som arbeidsgiver, sørge for vaksinasjon dersom effektiv vaksine er tilgjengelig, jf. forskrift om utførelse av arbeid § 6-1 og § 6-12²¹. Arbeidsgiver har også ansvar for å minimere risikoen for smitteoverføring fra pasient til ansatt ut fra et arbeidsmiljøperspektiv, jf. arbeidsmiljølovens §§ 4-1 og 4-5²². Videre bør ansatte vaksineres ut fra hensynet til pasient-sikkerhet og kravet om å yte forsvarlige helsetjenester, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Ifølge lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) § 2-2²³ og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b²⁴ er spesialisthelsetjenesten pliktig til å ha en beredskapsplan for virksomheten, planen skal etter loven omhandle smittsomme sykdommer og pandemisituasjoner. Det skal utarbeides lokale beredskapsplaner for gjennomføring av massevaksinasjon i kommunene, helseforetakene og de private sykehusene.

Folkehelseinstituttet har laget en veileder for massevaksinasjon²⁵ i kommuner, helseforetak og private sykehus ved pandemisk influensa. En revidert versjon av veilederen ble publisert juni 2020. Veilederen har hensyntatt erfaringer fra svineinfluensapandemien i 2009. Veilederen er utarbeidet som et praktisk hjelpemiddel for ledelse og ansatte som vil være involvert i planarbeid for – og gjennomføring av – en massevaksinasjon. Veilederne inneholder en tiltaksplan for massevaksinasjon i helseforetak ved et pandemiutbrudd, og anbefaler at helseforetakene oppretter et rådgivende vaksinasjonsutvalg ledet av smittevernansvarlig lege. Vaksinasjonsutvalget kan bistå Beredskapsutvalget/ansvarlig leder for foretaket med de nødvendige praktiske, administrative og koordinerende funksjoner, og bør bestå av lege med smittevernkompetanse, farmasøyt og sykepleier med vaksinasjonserfaring eller helsesøster.

Vaksinasjonsutvalget bør rapportere til ansvarlig leder for foretaket eller til medisinsk fagdirektør. I følge Ahus sin beredskapsplan for pandemisk influensa fra 2019 skal plankomité for smittevern opprette vaksinestasjon for eget helsepersonell når vaksiner blir tilgjengelig. Videre har de ansvar for å tilpasse retningslinjene for prioritering av hvem som skal ha vaksinasjon. Massevaksinasjon er ikke beskrevet noe nærmere enn dette. Plankomité for smittevern er sammensatt av smittevernoverlege (leder) og hygiesykepleier, medisinsk faglig ansvarlig lege og seksjonssykepleier ved infeksjonsavdelingen og avdelingsoverlege på mikrobiologisk avdeling.

Når vaksinene fordeles nasjonalt gjøres dette etter en fordelingsnøkkel fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det er Folkehelseinstituttet som fordeler de tilgjengelige vaksinedosene. For å sikre helseforetakenes behov, i henhold til gjeldende fordelingsprinsipper, trenger Folkehelseinstituttet oppdatert informasjon om det estimerte behovet ved den enkelte virksomhet.

Avtalene som i pandemien er inngått med vaksineprodusentene medfører at helseforetakene til enhver tid må ha tilgjengelig en gjennomarbeidet og oppdatert liste over personellgrupper det er aktuelt å prioritere for vaksinasjon. Listen skal også angi et grovt anslag for hvor mange pasienter innen hver risikogruppe som vil være innlagt i sykehuset til enhver tid. Helseforetakene må sette rammer for hvor mange som bør vaksineres ved de enkelte enheter. Dette kan for eksempel etableres ved å gjøre ROS-analyser lokalt.

²¹ Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m av 24. juni 2011.

²² Smittevernloven. Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 05. mai 1994 nr. 55.

²³ Helseberedskapsloven. Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 nr. 56.

²⁴ Spesialisthelsetjenesteloven. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 02. juli 1999 nr. 61.

²⁵ Massevaksinasjons-veilederen - FHI

9.2 Vaksinestrategi og gjennomføring

Ahus opprettet en vaksinasjonsgruppe for vaksinasjon mot covid-19, og ga gruppen mandat til å planlegge, organisere og iverksette vaksiner av ansatte og innlagte pasienter. Med utgangspunkt i Nasjonal plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa og medfølgende veileder utarbeidet vaksinasjonsgruppen en plan for vaksiner som bestod av tre faser, hvor prioriteringer mellom avdelinger/ansatte og overgang mellom faser var avhengig av tilgjengelighet på vaksiner. Dette fulgte av fordeling fra FHI, og deres dynamiske prioriteringsmodell. Prioriteringen ble gjort med bakgrunn i: 1) Eksponering (sannsynlighet for å bli smittet på jobb), og 2) Sårbarhet for sykehuset (i varetakelse av kritiske funksjoner for å opprettholde drift)²⁶.

Tabellen under viser en oversikt over prioriterte grupper per 06.01.21. Planen for massevaksinasjon ved Ahus er nedfelt i EQS 17697 *Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa*.

Gruppe A - Intensivpersonell	Gruppe B - Akuttinntak og covid-19 behandlingssposter	Gruppe C - Annen overvåking og kritiske spesialfunksjoner
Anestesiavdelingen Nordbyhagen (sykepleiere og leger)	Akuttmedisinskavdeling Nordbyhagen	50 % av pleiepersonale Kongsvinger etter alder
Intensiv og post.op. Nordbyhagen, intensivsykepleiere og anestesileger Kongsvinger	Akuttinntak Kongsvinger	Hjerteovervåking Nordbyhagen
Medisinsk overvåking (leger og sykepleiere)	Medisinske leger Kongsvinger	Dialysepasienter
	Infeksjonsmedisin (covid sengepost 1 Nordbyhagen)	BDA intervensjonsradiologi
	Lungesykdommer (covid sengepost 2 Nordbyhagen)	Koronalab og teststasjon

Tabell 8. Prioritert personell for vaksine januar 2021

Prioriteringsrekkefølgen ville avhenge av tilgjengelige doser. Vaksinasjonsgruppa planla å enten vaksinere ansatte ut fra kriterier eksponering pluss alder, eller å bruke avdelingsvis ROS-analyser for klinisk drift. Evaluatør har ikke hatt tilgang til avdelingsvis ROS-analyser. Vaksinasjon av gruppene som er beskrevet i tabellen over startet 11.01.21 (etter tildeling av 1800 vaksinedoser). Vaksinasjon foregikk i noen grad sentralt, i vaksinasjonspoliklinikken, men ble i hovedsak gjennomført desentralisert, i avdelinger med egne vaksinatører. I tillegg til gruppene ansatte nevnt i tabellen over, ble enkelte (for eksempel intensivsykepleiere) som stod på lister for å bli omdisponert til covid-19 pasienter vaksinert. Dette til tross for at de, på vaksinasjonstidspunktet, ikke arbeidet på covid-avdelingene.

I prioriteringsrunde to, i slutten av januar 21., fikk en liten andel personell fra følgende grupper vaksine:

- Radiografer som diagnostiserer covid-19-pasienter i akuttinntaket (bildediagnostikk).
- Jordmødre, leger og sykepleier i andre somatiske sengeposter.
- Vektore med arbeid i akuttinntaket.
- Fysioterapeuter involvert i rehabilitering av covid-19-pasienter.
- Farmasøyter som klargjør legemidler til sykehuset.
- Akuttpsykiatri – medarbeidere som behandler akuttpsykiatriske pasienter som samtidig har covid-19.

Fra 15. mars fikk Ahus vaksiner til 2800 personer under 65 år fra AstraZeneca. Vaksinene ble fordelt til de ulike divisjonene, som gjorde interne prioriteringer etter egne analyse av medarbeideres eksponeringsgrad og kritikalitet i forhold til funksjon. Somatiske divisjoner ble prioritert fremfor psykiatri og servicedivisjoner, ettersom helsepersonell i somatikken ble vurdert å være mest eksponert. Men også noe personell i servicedivisjoner og i DDT fikk vaksine. Dette var grupper innenfor områder som

²⁶ Ledergruppesak Ahus, 06.01.21 – Vaksinasjon av pasienter og ansatte mot covid-19 – Vaksinasjonsgruppens arbeid til nå

diagnostikk, blodbank, renholdere som vasket smitteisolater og portører som transporterte covid-19-pasienter.

Ved ny tildeling av vaksine (Pfizer Biontech) til ansatte over 65 år, ble det først gitt prioritet til de som jobbet pasientnært, deretter til ansatte over 65 år, som ikke jobbet pasientnært. I uke 11 fikk Ahus ny tildeling av 2200 vaksiner fra Moderna. Disse ble ujevnt fordelt mellom divisjonene og avdelinger etter samme prinsipper som fordelingen av AstraZeneca. Dekningsgraden var ansett som så god at enkelte ledere, vurdert som nøkkelpersoner og viktige for effektiv drift og personellplanlegging, også fikk vaksine.

Tabellen under gir en oversikt over omtrentlig vaksinasjonsdekning i divisjonene per 21.03.21. Etter dette tok vaksinasjonsgruppa utgangspunkt i at det skulle fordeles vaksiner tilsvarende 100 % dekning i somatikk. Det ble påpekt at Divisjon Psykisk Helsevern burde få en større andel vaksiner, slik at døgnheten fikk god dekning. Resten skulle fordeles på DDT, DFM og «andre», i tråd med ROS-analyser for vaksineprioritering av kritisk personell. Tabellen illustrerer at det var lav vaksinedekning innen psykisk helsevern.

Per 14.4.21 hadde ca. 6200 ansatte ved Ahus blitt vaksinert (tilsvarer over 60%).

Gjennom spørreundersøkelsen kommer det frem at arbeidet med vaksinekartlegging i avdelinger og divisjoner har vært utfordrende. Det opplevdes at en fikk svært korte frister når en skulle kartlegge ansatte. Data om medarbeidere skulle samles inn og legges på felles filområder. Datafilene inneholdt medarbeideres helseopplysninger, eksempelvis om covid-19 infeksjon. Disse datafilene var i en periode tilgjengelig for flere ansatte.

Filene med informasjon om covid-19-vaksinasjon ble slettet etter første runde med vaksinerings. Dette skapte utfordringer når neste runde med vaksinerings på grunn av at vaksineinformasjon var slettet. Undersøkelsen viser at Ahus ikke hadde hensiktsmessige verktøy for å planlegge og gjennomføre massevaksinasjon.

Divisjon	Vaksinasjonsdekning blant faste ansatte
Andre (HR, VAD, økonomi, EMH, forsk,)	6 %
Medisin	73 %
Kirurgi	80 %
Ortopedi	98 %
KK	62 %
BUK	65 %
DPH	18 %
DDT	39 %
DFM	30 %
Sykehusapoteket	27 %

Tabell 9. Omtrentlig vaksinasjonsdekning i divisjonene per 21.03.21

9.3 Medarbeidernes oppfatning av vaksinestrategien

80% av respondentene er enig eller delvis enig i at vaksinestrategien har vært rettferdig. 78 % er enig eller delvis enig i at strategien har vært viktig og at riktig personell har fått vaksine til riktig tid. Gjennom intervjuer fremkommer det at ledere i hovedsak uttrykker seg positivt om vaksinestrategien. Også informasjon om vaksinerings oppfattes som bra. 83 % av respondentene svarer at de i stor eller svært stor grad fikk tilstrekkelig og oppdatert informasjon fra sykehusledelsen om vaksinerings. Et utvalg sitater fra spørreundersøkelsen viser medarbeidere og lederes tilfredshet med vaksinestrategien:

«Våre vaksinatører har gjort en kjempejobb, og administreringen av alt m.h.t vaksinerings synes jeg har vært effektiv, rettferdig, omsorgsfull, og egentlig ganske rørende.»

«Vaksinestrategien var godt utformet og planlagt allerede fra håndtering av svineinfluensa som har gjort at fordelingen har vært god utenkt og balansert. Dette har hjulpet på at fordeling av vaksine hele tiden har vært rettferdig og i tråd med de retningslinjene som klinikker/divisjoner på forhånd skisserte som sitt behov.»

En liten andel (5%) av respondentene er derimot ikke enig i at vaksinestrategien har vært rettferdig, eller at den har sørget for at riktig personell har fått vaksine til riktig tid. Divisjon Facilities management, enhet for HR, og Kvinneklippen skiller seg ut ved å ha en større andel som er uenig i at vaksinestrategien har vært rettferdig, sammenlignet med de andre enhetene. I disse enheten er henholdsvis 11%, 8 % og 10 % uenige.

I fritekstsvar blir det fra enkelte ansatte rettet kritikk mot hvordan divisjoner og klinikker har prioritert vaksiner.

«Ulik metode for ros analyse i de ulike divisjonene, som gir helt forskjellig prioritet og farge rød/gul/grønn. Min divisjon valgte ikke å definere eksponerings tid og nærhet mot pasient som relevant i først ros/vaksine prioritert liste. Her ble mine ansatte satt grønne som siste prioritet. mens akutt helsepersonell som de da samarbeider og ofte er enda nærmere pasienten deres, er da røde og får første prioritet. dette måtte vi klage på både ift metode og forståelse, for å få omgjort. Divisjonen avviker så fra sin egen ros analyse, etter prioritering og gir vaksine suksessivt til de som er grønne på ros'en før de som er gule har fått tilbud. Farger for prioritering, justeres også løpende på enkeltpersoner og grupper.»

«Skuffende at ikke alle fulgte prioriteringene som ble besluttet i sykehusledelsen. En del «vikarierende» argumenter for at en del som ikke jobbet pasientnært forsynte seg før alle i front i alle divisjoner/klinikker var vaksinert.»

Enkelte har tatt opp at ulike områder innen psykiatri ikke ble prioritert i forbindelse med vaksinasjon. Dette gjelder akuttpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og alderspsykiatri. Det påpekes i intervjuer og i gruppearbeider på ledersamlingen at Ahus i større grad kunne tatt hensyn til psykiatrien i prioritering av vaksinedoser. Flere utvalgte fritekstsvar påpeker utfordringer knyttet til at det ikke ble tatt tilstrekkelig hensyn til psykisk helsevern i vaksinasjonsstrategien:

«Ved alderspsykiatrisk avdeling skulle vi fått prioritet, gjerne etter infeksjon og intensiv på grunn av alder og skrøpelighet hos våre pasienter, samt belastningen de ansatte følte lå på dem til å begrense all sosial kontakt utenfor jobben.»

«BUP ble ikke prioritert i vaksinasjonen. Behandlere som har nærkontakt med barn både i poliklinikk og på skolen, som man ikke kan holde avstand til, kunne lett bli smittet.»

Videre påpekes det at de som jobber med billediagnostikk burde hatt høyere prioritet for vaksinerings:

«Radiografene var ikke i første rekke til å motta vaksine, jeg tror heller ikke bioingeniørene. Da har man ikke fått med seg hvordan de vaktbærende innen disse gruppene arbeider. En av radiografene på vakt går i mottak på intensiv, på post-op, på sengepost osv. for å ta rgt-bilder. Det samme gjelder bioingeniører. Ass leger i radiologi går også mye omkring, blant annet for å gjøre ultralyd på stue, men ikke så mye omkring som radiografer. Jeg på bevegelsene til en radiograf en dag, og vedkommende hadde kunne smittet nesten hele sykehuset.»

9.4 Vurderinger

9.4.1 Evaluators vurdering av hvordan vaksinestrategien har fungert

Evalueringen viser at Vaksinasjonsgruppen etter evaluators mening har etterlevd nasjonal plan for massevaksinasjon, og utarbeidet en plan for covid-19 vaksinasjon. Prioritering av hvem som skulle få vaksine ble gjort med hensyn til sannsynlighet for å bli smittet på jobb, og sårbarhet for sykehuset. Evalueringsteamet erfarer at flesteparten av medarbeiderne mener at vaksinestrategien var rettferdig, og at strategien sørget for at riktig personell fikk vaksine til riktig tid. Likevel er det enkelte som mener at enkelt funksjoner som eksempelvis psykisk helsevern/akuttpsykiatri ikke ble gitt høy nok prioritet i vaksinestrategien.

Sykehuset har i en kortere periode operert med åpne lister med helseopplysninger tilgjengelig for noen medarbeidere. Dette er etter evaluators mening ikke i samsvar med rettsregler nedfelt i personvernlovgivningen/GDPR.

Mulige forbedringer

- Ahus bør sikre at kunnskap om og rasjonale for vaksinestrategi formidles til de ansatte slik at denne blir forstått i organisasjonen.
- Ahus bør i større grad sørge for fortløpende innspill, vurderinger og tilbakemeldinger for grupper/kategorier av ansatte som ikke erfarer seg godt nok ivaretatt.
- Ahus bør gjennomføre grundigere kartlegging av hvilke grupper som burde prioriteres for vaksine.

10 Kommunikasjon

Hvordan ble utfordringer knyttet til intern kommunikasjon håndtert?

10.1 Evalueringskriterier

I henhold til nasjonalfaglige råd for pandemiplanlegging er god kommunikasjon både internt og eksternt, og til og fra ledelsen i sykehuset vesentlig for god pandemihåndtering. Det må sørges for at ansatte kjenner til sine roller og ansvar slik de fremgår av beredskapsplanene. I henhold til nasjonalfaglige råd for pandemiplanlegging er god informasjon til ansatte og frivillige nødvendig for effektiv håndtering, dette er også av betydning for å hindre smittefrykt.

10.2 Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler

Når pandemien inntraff, ble det et stort behov for gode kommunikasjonslinjer og gode rutiner for informasjonsdeling i organisasjonen. Kommunikasjonsavdelingen ved Ahus består av seks medarbeidere. Avdelingen har ansvar for pressetelefon og koordinering av henvendelser, og skal også bidra proaktivt med å få ut saker. I foretakets kommunikasjonsstrategi er det slått fast et prinsipp om at kommunikasjon er et leder- og et saksbehandleransvar. Under pandemien har kommunikasjonsavdelingen hatt ansvar for foretakets kanaler på sosiale medier og informasjonsskjermene på sykehuset. I forbindelse med pandemien ble det etablert en covid-19 side på intranett. Oppdateringer på karantene- og smittevernregler er eksempel på informasjon som ble lagt ut her. Tabellen under viser hvilke kommunikasjonskanaler respondentene i spørreundersøkelsen mener har fungert best i jobbsammenheng, under covid-pandemien.

Kommunikasjonskanal	Prosentdel
HR-informerer	5 %
Ahusveven	13 %
Allmøter/personalmøter	9 %
Aviser/riksnyheter	6 %
E-post	21 %
Facebook-grupper	2 %
Informasjonsskjermer	3 %
Interne nyhetsbrev	11 %
Nettsider (f.eks. Helse Norge, FHI)	12 %
Publikasjoner	1 %
SMS	5 %
Telefon	2 %
Tidsskrift/medlemsblad	0,5 %
Uformelle samtaler med kollegaer	10 %

Tabell 10. Oversikt over hvilke kommunikasjonskanaler som har fungert best under pandemien

Flest respondenter har svart at epost er den kommunikasjonskanalen som har fungert best. Informasjonsskjermer og facebook-grupper virker ikke å ha fungert som en god informasjonskanal. Gjennom fritekstsvar beskriver enkelte at Ahusveven har vært god på nyhetssaker, men at det har vært mangel på informasjon om gjeldende regler og anbefalinger.

«HR informerer» virker å ha vært tilgjengelig kun for ledere. Det har vært varierende hvordan lederne har benyttet denne informasjonskanalen og hva som er videreformidlet. Det er også trukket frem at det i «HR informerer» er skrevet på en måte som gir store rom for tolkning.

Selv om epost er den kommunikasjonskanalen som utpeker seg som best fungerende, er det i spørreundersøkelsen trukket frem at epost nødvendigvis ikke er tilstrekkelig for å nå ut med viktig informasjon, og at epost bør suppleres med andre kanaler. Det trekkes frem at nesten ingen av de som arbeider i klinikk har tilgang til jobb-epost hjemme, og når mange ikke har tid å lese epost på jobb, blir epost som informasjonskanal utfordrende. Noen respondenter rapporterer om misforståelser på seksjonen på grunn av at leder og ledergruppen har gått ut med ulik informasjon til ansatte istedenfor å informere alle over epost samtidig.

At de aller fleste kommunikasjonsverktøyene Ahus benytter er utilgjengelig for flesteparten av medarbeiderne når de er utenfor sykehuset, beskrives å ha begrenset tidsriktig informasjonsflyt. På grunn av dette har det vært situasjoner hvor flere ansatte ikke har visste hvor de skulle møte dersom de ble omdisponert.

Kommunikasjonskanalene for å nå medarbeidere utenfor sykehuset var SMS, telefon og eget informasjonssted under Korona-fanen på ahus.no, merket «Informasjon til medarbeidere». Informasjonen ble oppdatert parallelt med foretakets intranettsider og nyhetsbrev til ansatte. Ahus.no var tilgjengelig for alle, også på mobiltelefon. I enkelte enheter ble det i tillegg tatt i bruk andre former for kommunikasjonsverktøy. Medisinsk overvåkning opprettet for eksempel en Facebook-gruppe der leder for avdelingen fortløpende la ut relevant informasjon. Ansatte har trukket dette frem som et godt tiltak som løste informasjonsbehovet de hadde før de møtte på jobb.

Flesteparten av respondentene i spørreundersøkelsen mener at det har vært gjort et godt og viktig informasjonsarbeid gjennom hele pandemien av smittevern, HR og kommunikasjon. 7 % av respondentene i undersøkelsen svarer at de i stor eller svært stor grad har opplevd hindringer for å få tak i nødvendig informasjon. Det er noe variasjon i opplevelsen av dette på tvers av personellgrupper og divisjoner.

80 % av respondentene svarer at de i stor grad, eller i svært stor grad at de har fått tilstrekkelig og oppdatert informasjon fra sykehusledelsen om hva de skulle gjøre ved påvist covid-19, eller ved nærkontakt med en smittet.

Innholdet i informasjon gitt til ansatte i ulike informasjonskanaler har noen ganger ikke vært konsistent. Eksempelvis epost versus callsenter eller instruks fra leder.

10.3 Kommunikasjon mellom sykehusledelse, divisjon og klinikkledere, driftsutvalg og beredskapsledelse

Da Norge stengte ned i mars 2020 gikk Ahus i gul beredskap. Ved etablering av beredskap ble det opprettet en ny informasjonskanal relatert til daglige beredskapsmøter. Formålet med møtene var oppdateringer på driftssituasjonene og formidling av informasjon. I tillegg til beredskapsmøtene kommuniserte beredskapsledelsen gjennom intranett. Intranettsiden for Covid- 19, sammen med beredskapsmøtene har fungert som de to viktigste kommunikasjonskanalene for beredskapsledelsen internt ved Ahus.

Beredskapsledelsen mener at den direkte dialogen de hadde med administrerende direktør, stabsfunksjoner og relevante fagpersoner som leder for akuttmottak, leder for intensiv og leder for infeksjon, fungerte bra, og problemer som oppstod ble løst ad hoc. Beredskapsledelsen erfarte at informasjonen som ble gitt fra linjeorganisasjonen var divergerende og ikke i samsvar med informasjonen fra beredskapsledelsen, til tross for at beredskapsledelsen oppfattet at informasjonen var forankret hos lederne.

I en masteroppgave som omhandler hovedutfordringer i informasjonsflyten under covid-pandemien ved Ahus fremgår det at det var ingen kommunikasjon mellom beredskapsledelsen og driftsutvalget, og at beredskapsledelsen ikke visste om driftsutvalget før etter tre uker med pandemi²⁷. Det fantes ikke noe informasjonslinje mellom beredskapsledelsen, driftsutvalget og divisjonsledelsen.

Intensiv, postoperativ og medisinsk overvåkning samarbeidet for å håndtere økningen av intensiv-pasienter. Selv om både kirurgisk og medisinsk divisjon har lik linjestruktur er de på ulike nivå. Medisinsk overvåkning er en avdeling, mens de to andre er seksjoner. Samme informasjon ble dermed formidlet gjennom to forskjellige linjer, og de tre enhetene fikk informasjon til ulik tid.

10.4 Vertikal kommunikasjon

Enkelte ledere på lavere nivå rapporterer at kommunikasjonslinjer til divisjon og klinikkledere og sykehusledelsen kunne vært bedre. Fagansvarlig på intensiv måtte rapportere til legeansvarlig. Legeansvarlig måtte rapportere til seksjonsleder som så kommuniserte til avdelingsleder, som igjen rapporterte til divisjonsledelse. At ledere på lavere nivå ikke får snakket direkte med divisjonsdirektøren fordi en må følge linjen, skaper ikke felles situasjonsforståelse i en krise.

Det kan diskuteres hvorvidt dårlige kommunikasjonslinjer under pandemien kan ha svekket pasient-sikkerheten. I et intervju blir det trukket frem en situasjon hvor kapasiteten på intensiv var sprengt, og en hadde behov for å flytte pasienter. Nærmeste lege med fagansvar kunne ikke gjøre dette uten å snakke med divisjonsdirektør. Men divisjonsdirektør kunne bare kontaktes via nærmeste leder, som igjen skulle snakke med nærmeste leder. Det ble da sendt SMS fra leder til leder, og en fikk ikke snakket direkte med divisjonsdirektøren. Legen som hadde behov for godkjenning til å flytte pasienter fikk bare en SMS med et bilde av dialogen tilbake. Da måtte vedkommende handle på egen hånd for å ivareta pasientenes sikkerhet, uten å ha fullmakt til å flytte pasienten.

Representanter for enheter som satt i beredskapsledelsen hadde en klar kommunikasjonslinje til beredskapsledelsen, men de som ikke var representert i beredskapsledelsen hadde ikke det.

10.5 Horisontal kommunikasjon

Både ved normal drift, og i en krisesituasjon er det et stort behov for informasjon og kommunikasjonsflyt på tvers av avdelinger og enheter i sykehuset. Under pandemien måtte flere enheter enn tidligere jobbe tettere sammen, og det var også et økt behov for kommunikasjon om pasienter. Når en spør lederne ved Ahus om i hvor stor grad enheten de jobber i, etter deres mening har etablert velfungerende prosesser for utveksling av relevant informasjon mellom divisjoner/ avdelinger/enheter svarer 21 % i svært stor grad, 50 % svarer i stor grad, mens 4 % svarer at de i liten grad eller i svært liten grad har hatt det. 8 % mente at spørsmålet ikke var relevant for dem.

Fra enkelte fritekstsvaer går det også frem at dårlig kommunikasjon mellom avdelinger har ført til uheldige situasjoner relatert til smittevern:

«Kommunikasjonssvikt mellom avdelinger har ført til at pasienter ikke har blitt testet før ankomst sengepost, slik at man ikke har fått isolert pasienten før man har endt opp med flere ansatte i karantene, dette har igjen ført til mer belastning på de andre ansatte.»

«Det burde ha vært varslet om smitte på avdelinger i større grad. Det var flere ganger jeg ble informert om smitte på en avdeling fra Dagbladet eller VG.»

²⁷ Hovedutfordringer i informasjonsflyten under covid-19 pandemien – En casestudie av Akershus Universitetssykehus, Masteroppgave 2021 av Kaspar Akilles Lilja og Jørgen Madsø, Industriell Økonomi, Fakultet for realfag og teknologi, Norges miljø- og biovitenskaplige universitet

10.6 Vurderinger

10.6.1 Evaluators vurdering av hvordan utfordringer knyttet til intern kommunikasjon ble håndtert

Ahus har etter evaluators oppfatning håndtert utfordringer knyttet til internkommunikasjon på en god måte. Pandemien har skapt et stort behov for gode kommunikasjonslinjer, og gode rutiner for informasjonsdeling. Det har vært krevende for sykehuset å absorbere og samordne store informasjonsmengder om blant annet regler og retningslinjer fra nasjonale myndigheter.

Ahus sin multikanalstrategi har etter evaluators mening vært en god tilnærming til informasjonsdeling. Dette underbygges også i spørreundersøkelsen, der størstedelen av medarbeidere uttrykker enighet i at de har mottatt tidsriktig informasjon, mens et fåtall rapporterer at de har erfart hindringer for å få tilgang til nødvendig informasjon. På den annen side viser evalueringen at informasjon relatert til pandemien med fordel kunne vært bedre samordnet på tvers av kommunikasjonskanaler.

Bruk av blant annet epost som kommunikasjonsverktøy har skapt vansker med å informere medarbeidere som har vært utenfor sykehuset, når de ikke har vært på jobb.

Innledningsvis var det enkelte svakheter i informasjonsflyten mellom beredskapsledelse og driftsutvalg som medførte enkelte utfordringer knyttet til felles situasjonsforståelse blant ledere. Begrenset mulighet for effektiv kommunikasjon og informasjonsflyt oppover i organisasjon kan ha vært uheldig for kritiske pasientforløp. Det er etter evaluators oppfatning en utfordring når kommunikasjonsflyten skal følge lederlinjen uavhengig av situasjon.

Mulige forbedringer

- Ahus bør sikre at ledere innenfor kritiske områder i sykehuset i forbindelse med en pandemi, har tidsriktig tilgang til sykehusledelsen for å bedre informasjonsdeling og situasjonsforståelse.
- Ahus bør gjennomgå eksisterende kommunikasjonsplan og sørge for tilstrekkelig kapasitet for å sikre tidsriktig relevant informasjon fra overordnet nivå til de ansatte. Informasjon som spres i ulike kommunikasjonskanaler bør kvalitetssikres slik at ansatte får lik informasjon uavhengig av kanal. Relevant informasjon bør sikres sendt så snart som mulig på effektive plattformer.
- Ahus bør forbedre kommunikasjonen til alle ansatte også når medarbeidere befinner seg utenfor sykehuset (felles SMS mm).

11 Samhandling

Hvordan ble informasjon og samhandling med kommuner, andre foretak og eier ivaretatt?

11.1 Evalueringskriterier

Ett av fire grunnleggende prinsipper for arbeidet med beredskap er *samvirkeprinsippet*. Prinsippet innebærer at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krise.

I henhold til nasjonalfaglige råd for pandemiplanlegging i helseforetak skal helseforetaket ha planer for samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre helseforetak. Dette innebærer å definere eget helseforetaks roller og ansvar innad i det regionale helseforetaket og i samarbeid med kommunehelsetjenesten, og utarbeide samarbeidsavtaler mellom HF/RHF og kommuner. Omforente beredskap-splaner skal være utarbeidet og gjort kjent, og disse skal tydeliggjøre roller, ansvarsfordeling og samhandlingsprosedyrer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, inkludert den akuttmedisinske kjeden (Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2).

Samhandling med kommunehelsetjenesten må planlegges slik at de samlede ressurser kan utnyttes optimalt, gjennom ulike faser i en pandemi. Det regionale helseforetaket eller det enkelte helseforetak skal inngå samarbeidsavtale med kommunestyret. Når sykehuskapasiteten blir overskredet, kan det bli nødvendig å ivareta sykere pasienter i kommunen enn det som til vanlig er normalt. Planene må derfor vise hvordan kommuner og sykehus i samarbeid kan håndtere behovet for mange alvorlige syke. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak bør derfor beskrive dynamikken for prioritering og samordning mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det kan også være aktuelt å samordne tilbudet med andre sykehus i og utenfor det regionale helseforetaket, ved at visse sykehus overtar funksjoner for andre i en periode. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 har RHFene ansvar for å organisere og samordne virksomheten i sine helseforetak. I en pandemisituasjon bør smittevernoverlege ved det lokale helseforetaket og aktuelle kommuner opprette en hensiktsmessig samarbeidsform for å sikre gjensidig informasjonsutveksling mellom foretak og kommuner.

11.2 Samhandlingsavtaler med kommuner

Ahus har en egen avdeling for samhandling og helsefremming. Denne ligger under divisjon for medisin og helsefag. Avdelingen har ansvar for samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Det samarbeides med Oslo Kommune sentralt, samtidig som Ahus har et direkte samarbeid med de tre bydelene som er i opp-taksområdet. Det er også et direkte samarbeid med 21 andre kommuner som er inndelt i fire regioner. Det formelle grunnlaget for samhandling med kommunen finnes i en rekke samhandlingsavtaler.²⁸

I henhold til inngåtte samarbeidsavtaler, er dialog mellom partene et viktig fundament for gjennomføring og samhandling. Det meste av samhandlingen og koordineringen har fulgt ordinære linjer gjennom pandemien. Sommeren 2019 ble det opprettet egne fagråd i samhandlingsstrukturen innenfor viktige samarbeidsområder, herunder fagråd Smittevern og beredskap. Fagrådene har i oppgave å sikre en struktur for samarbeid på tvers av systemnivå mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, gi råd og foreslå tiltak som kan bedre helsetjenestene innfor fagområdet, og ha hovedfokus på pasientens helse-tjeneste og helhetlige behandlingsforløp. Fagråd beredskap og smittevern hadde oppstartsmøte i februar 2020.

Ingen av samhandlingsavtalene som forelå når pandemien inntraff dekker en pandemihåndtering og en langvarig krise. De mest sentrale avtalene for samhandling under en pandemi er listet under:

²⁸ [Samhandlingsavtaler - Akershus universitetssykehus \(ahus.no\)](https://www.ahus.no/samhandlingsavtaler)

- Delavtale 11 – omforente beredskapsplaner og planer om den akuttmedisinske kjede²⁹. Formålet med avtalen er at partene forplikter seg til å samarbeide om planer innenfor krise- og katastrofeberedskap, og om utvikling av den akuttmedisinske kjede. Ved utbrudd eller fare for allmennfaglige smittsomme sykdommer plikter partene å holde hverandre oppdaterte om situasjonen, og samordne smitteverntiltak der det er hensiktsmessig.
- Samarbeidsavtale Del 2 – Tjenesteavtale 9 – Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede³⁰. Tjenesteavtalen skal sikre at plikten til øyeblikkelig hjelp overholdes i en krisesituasjon. Tjenesteavtalen skal også sikre at partene er kjent med og omforent om de beredskapsplaner som er utarbeidet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder det samarbeidet som er etablert på det akuttmedisinske området.
- Retningslinjer ved massevaksinasjon og store smittevernsituasjoner³¹ (Retningslinjen er en utfylling og konkretisering av Delavtale 11 – omforente beredskapsplaner og planer om den akuttmedisinske kjede som er inngått mellom Ahus og kommunene og er fra desember 2020) Formålet med retningslinjene var å tydeliggjøre ansvar og mulighet for samarbeid mellom partene ved massevaksinasjon og store smittevernsituasjoner.
- Avtale om smittevernfaglig bistand. Formålet med avtalen er å øke bevissthet rundt smittevern, og forbedre samhandling mellom partene. Gjennom avtalen om smittevernfaglig bistand tilbyr Ahus å bistå med veiledning, rådgivning og undervisning innen smittevern.

Helseforetakets egne roller og ansvar er definert og regulert i disse avtalene. Gjennom evaluering³² av Fagrådet for beredskap og smittevern, som Ahus har gjort selv, fremkommer det at mange av rollene og ansvaret er godt avklart, men i mindre grad kjent. Ikke alle ansatte i sykehuset og kommunene kjenner de ulike rollene og ansvaret ved de forskjellige stillingene og avtalene i helsesamarbeidet. I den samme evalueringen er det også trukket frem at disse planene var et godt utgangspunkt, men at de var mangelfulle med tanke på hvilke utfordringer en fikk i møte med pandemien. Når planene har vært hensiktsmessig og relevante har de blitt fulgt.

Da de første smittetilfellene ble bekreftet i februar 2020, ble det ikke umiddelbart opprettet en egen arena/møteplass mellom Ahus og omkringingliggende kommuner for å håndtere pandemien. Det forelå heller ingen andre konkrete samhandlingsarenaer under en pandemi i de eksisterende samarbeidsavtaler enn Fagrådet for beredskap og smittevern. Fagrådet så det derfor som naturlig å være arena for samarbeidet mellom Ahus og kommunene under pandemien. Pandemi og vaksinasjon ble tatt opp som mulig tema for Fagrådet fremover og ved det første møtet i februar. Det foregikk også noe e-post utveksling om pandemi direkte mellom enkelte kommuneoverleger og Smittevern Ahus. Etter nedstengingen i mars 2020 møtes Fagrådet hyppig og samhandlingskoordinatene ble innlemmet som faste deltakere (møter ukentlig eller annen hver uke). Det ble raskt etablert et formalisert samarbeid. Fagrådet mener selv at samhandlingsarenaen gav forståelse og kjennskap til hverandres rolle, og utfordringer. Møtene ble en viktig arena for å dele informasjon om status, utfordringer og problemstillinger for videre håndtering³³. Fagrådet mener videre at samarbeidsarenaen har vært viktig for å holde seg oppdatert på status i kommunene og på Ahus med tanke på smitteutvikling, utbrudd og antall inneliggende pasienter. Dette har vært et viktig grunnlag for lokal risikovurdering. Fagrådet ble satt i stand til å raskt videreformidle status og ta opp utfordringer og forslag til tiltak i samhandlingen.

Gjennom intervju kommer det frem at retningslinje for samarbeidet om massevaksinasjon og store smittevernsituasjoner (vedlegg til delavtale 11) i praksis ikke ble fulgt. I henhold til disse retningslinjene skal Ahus enten på eget initiativ eller etter anmodning fra kommuneoverlege invitere til oppstartsmøte for samhandling. Et slikt møte ble ikke initiert i starten av pandemien, og fagrådet ble brukt i stedet for. Gjennom intervju har evaluator videre fått informasjon om at til tross for at et slik oppstartsmøte ikke ble initiert har det vært møter i bydelene om smittevaksinering i innvandrer miljøene. Ahus har eksperter på migrasjonshelse, så det har da vært nyttig med gjensidig informasjonsutveksling. Medarbeidere innenfor

²⁹ Delavtale 11 - Beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede.pdf (ahus.no)

³⁰ Tjenesteavtale 9 beredskap 28 03 2012 (ahus.no)

³¹ Retningslinjer ved massevaksinasjon og store smittevernsituasjoner.pdf (ahus.no)

³² Evaluering_fagråd_smittevern_og_beredskap_som_samhandlingsarena.pdf

³³ Evaluering_fagråd_smittevern_og_beredskap_som_samhandlingsarena.pdf

samhandling opplever at dette har bidratt til trygghet. I den nevnte evalueringen er det pekt på at retningslinjen for massevaksinasjon og store smittevernsituasjoner med fordel bør utbedres og konkretiseres med bedre tilpasninger til pandemi som scenario.

Våren 2021 ble det opprettet ukentlige koronamøter sammen med kommuneoverleger, kommunalsjefer og pleie- og omsorgssjefer der også Ahus deltok. Bydelene i Oslo Kommune har hatt en annerledes samarbeidsform. Bydelssamarbeidet har vært styrt av Oslo universitetssykehus, på vegne av de andre bydelene.

Avdeling for samhandling og helsefremming mener at det har vært krevende å ha dialog- og sam-handlingsmøter på digitale plattformer da mange av møtene med samarbeidsaktørene handler om å pleie både relasjoner og samarbeid. Det tok også lang tid før sykehuset kunne delta på teams møter.

Medarbeidere trekker frem aspektet knyttet til manglende samhandlingsløsninger i spørreundersøkelsen. På spørsmålet om enheten en jobber ved har hatt gode forutsetninger for drift når det gjelder tekno-logiske rammer (f.eks. digitale samhandlingsverktøy, PC og telefon) er det bare 28 % av alle spurte som er enig i dette, mens 29 % er delvis uenig, eller uenig i det:

«Pandemien har hindret avdelingen i å gi et fullverdig helsetilbud slik vi vanligvis drifter. Samhandling med kommunehelsetjenesten var spesielt i begynnelsen av pandemien utfordrende. Det ble etablert nye rutiner (videokonferanse/telefonkonferanse), men i enkelte situasjoner virket/virker dette hemmende på dialog med kommunen.»

«Ikke eksisterende digitale samhandlingsverktøy med kommunene har gjort at min avdeling har måttet ansette studenter for å ringe tusenvis av prøvesvar til kommunenes smittevernteam. Gjelder de fleste laboratorier i Norge, men er en vanvittig ressursbruk mtp vår teknologiske tidsalder. System for elektroniske meldinger bør være på plass før neste pandemi.»

«Mars 2020 stengte de fleste kommunale barnevernstjenester og BUP'er for fysiske møter og man manglet gode alternative arenaer/rutiner for samhandling. Hvorvidt pasienter da fikk tiltak de trengte avhang i stor grad av hvilken kommune de bodde i, og hvem som leverte tjenester. Det påvirket sam-handling i betydelig grad og gjorde det vanskelig å følge opp planer mot utskrivelse, tiltak i hjem, osv.»

I Delavtale 11 – omforente beredskapsplaner og planer om den akuttmedisinske kjede - fremgår det at ved massetilstrømming av pasienter som fører til behov for å frigjøre sengekapasitet tar Ahus kontakt med kommunene for bistand til å ivareta pasienter som trenger døgnbasert medisinsk behandling. I henhold til pandemiplanleggeren bør avtaler og planer vise hvordan kommuner og sykehus i samarbeid kan håndtere behovet for mange alvorlige syke, og det bør være beskrevet en dynamikk for prioritering og samordning mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Evaluator kan ikke finne noen beskrivelser av hvordan dette skal skje i praksis.

På spørsmål om samhandlingen med kommunehelsetjenesten har vært planlagt slik at de samlede ressursene kunne utnyttes optimalt, gjennom ulike faser i pandemien, er svaret fra Avdeling for samhandling at oppgavene er definert. I dette ligger at spesialisthelsetjenesten skal ta imot de som trenger det, og primærhelsetjenesten skal ta resten. De ulike aktørene har organisert seg med egne planer for hvordan dette skal fungere. Felles møter har medvirket til at utfordringer med utbrudd-situasjoner er blitt synlige for både kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Godt samarbeid har gjort at en har kunne utnytte ressursene på en best mulig måte på tvers. Det påpekes i intervjuer at kommunene har vært gode til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Ahus har stort sett lagt på 10-15 pasienter, mens St. Olavs har lagt på rundt 70 utskrivningsklare pasienter. Lave tall ved Ahus skyldes trolig at kommunene har bidratt til å avlaste sykehuset med å håndtere behovet til syke pasienter. Det er ikke nevnt at Ahus har gitt ekstraordinære instruksjoner til kommunene om å hente utskrivningsklare pasienter umiddelbart som følge av covid. Om Ahus ikke kan overholde plikten til å gi øyeblikkelig hjelp skal kommunene i henhold til Delavtale 11 umiddelbart ta imot sine utskrivingspasienter som allerede er meldt.

Gjennom pandemien har det vært to ulike arenaer for samarbeid og samhandling mellom legene i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det ene er kompetansebroen, hvor sykehusleger kan kommunisere nyttig informasjon om covid-19 til leger i primærhelsetjenesten. For eksempel har det ved utbrudd ved sykehjem vært stor etterspørsel etter informasjon om håndtering av utbrudd, og hvordan behandle, og når legge inn syke pasienter. Kunnskap fra klinikkene ved Ahus ble lagt ut på kompetansebroen, og på den måten formidlet til leger i primærhelsetjenesten. En annen arena har vært et fast forum som leger fra kommuner, fastleger, sykehjemsleger og sykehusleger. I dette forumet diskuteres erfaringer, samhandling, status, og håndtering av covid-19. Dette er i henhold til nasjonalfaglige råd for pandemiplanlegging som påpeker at det bør være tett dialog mellom lokalsykehuset og medisinsk faglig kompetanse i kommunen gjennom hele forløpet av pandemien.

I henhold til de nasjonalfaglige rådene om pandemiplanlegging skal det utarbeides et rammeverk som regulerer terskelen for innleggelse og utskrivning av pasienter med influensa, slik at ikke pasienter blir unødvendig lagt inn og liggetiden kortest mulig. Ahus har utarbeidet fem sjekkpunkt for utskrivning av pasienter, mens det er innskrivende lege som vurderer innleggelse. Rammeverket er den medisinske faglige vurderingen som er satt i system på sykehuset. Ahus har en konfereringstelefon som leger fra kommunene kan ringe inn til for å diskutere eventuelle innleggelser. Det er også utarbeidet system for beslutningsstøtte med tanke på innleggelse.

11.3 Samhandling med regionale helseforetak og andre helseforetak og eier

Etter spesialisthelsetjenesteloven har RHF-ene ansvar for å organisere og samordne virksomhet i sine helseforetak. I de nasjonalfaglige rådene for pandemiplanlegging er det trukket frem at når sykehuskapasitet er overskredet kan det være aktuelt å samordne tilbudet med andre sykehus, i og utenfor det regionale helseforetaket.

Ansvar for å planlegge og organisere tiltak ved kapasitetsutfordringer er gjennom regional beredskapsplan for behandlingsskapasitet³⁴ delegert til helseforetakene. I følge denne beredskapsplanen skal helseforetakene utarbeide en plan for hvordan de i en beredskapssituasjon kan omstille eller øke aktivitetene. Planene bør involvere både bistand fra Helse Sør-Øst og andre helseforetak. Dersom en beredskapssituasjon medfører behov for bistand utenfra, skal helseforetaket anmode om dette fra andre helseforetak, eventuelt henvende seg til det regionale helseforetaket for bistand og prioritering. Alle helseforetak har en gjensidig plikt til å bistå.

I Ahus sin beredskapsplan for kapasitetskrise (delplan) (2019)³⁵ står det ingenting om at en skal kontakte andre helseforetak eller det regionale helseforetaket om hjelp til avlastning. I trinnvisplaner for covid-19 innen somatikk (2021) er samarbeid med Oslo-sykehusene og LHL-sykehuset beskrevet. Her fremgår det at Helse Sør-Øst har delegert samordningen av intensivområdet og regional koordinering til Oslo Universitetssykehus. Her er det sagt at innslagspunktet for koordineringen trolig vil være rundt 30-40 intensivpasienter med covid-19 i regionen. Det er Helse Sør-Øst som beslutter hvilke tidspunkt Oslo universitetssykehus gis i oppdrag å koordinere intensivbehandlingen i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst har innført en trinnvis modell hvor antall pasienter som trenger intensivbehandling står i et rimelig forhold til kapasiteten ved det enkelte foretak. I Ahus egne trinnvisplaner ligger det at tiltak i trinn 3 og 4 er samarbeid med Oslo-sykehusene. Ahus gjorde også en avtale med LHL om at de kunne ta imot covid-pasienter som var i siste del av pasientforløpene, og behandle disse ved LHL-sykehuset ved Gardermoen. Prosedyrer er gjennomgått og det er utarbeidet utkast til avtaler mellom partene. Avtalen var ikke signert januar i 2021.

Fra 2014 foreligger det en avtale vedrørende avlastning med øyeblikkelig hjelp innleggelser mellom Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus AS og Helse Sør Øst RHF. Bakgrunnen for avtalen er at det ble planlagt utvidet bruk av Diakonhjemmet sykehus for å sikre nødvendig behandlingsskapasitet i hovedstadsområdet. Denne avtalen var ikke utformet spesielt med tanke på håndtering av en

³⁴ [Regional beredskapsplan for behandlingsskapasitet.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

³⁵ [Ahus - Kapasitetskrise - Delplan Nordbyhagen v 4.1.pdf](#)

pandemi. I planen til Helse Sør-Øst RHF, styresak 027-2020 er det planlagt at Oslo universitetssykehus skal avlaste Ahus med om lag 60 intensivplasser ved en maksimal utbredelse av pandemien. Fra intervju fremkommer det at det med jevne mellomrom har vært daglige møter for å koordinere pasientløp innad i Helse Sør-Øst. I disse møtene har pasienter blitt fordelt til sykehus som har plass. På et tidspunkt hadde Ahus 100 intensivpasienter hvorav 30 av disse ble sendt til andre sykehus etter å ha blitt behandlet og lagt på respirator. Luftambulansen var behjelpelig med å få ut pasientene. Intensiv-avdelinger ved ulike sykehus har hatt jevnlig kontakt på telefon for å koordinere pasientflyten.

Data fra Ahus bekrefter dette og viser at i perioden mars 2020 til og med mai 2021 ble 35 pasienter overført fra Ahus til andre sykehus på grunn av manglende kapasitet. Fleste parten av pasientene ble overført til Oslo universitetssykehus. Ahus tok også imot 6 pasienter fra andre foretak i samme periode. Disse kom hovedsakelig fra Diakonhjemmet, men også fra Oslo universitetssykehus. Evaluators har ikke mottatt tall på hvor mange pasienter som eventuelt har blitt overført etter mai 2021.

Mottakende sykehus	Antall overførte pasienter
Oslo universitetssykehus	25
Diakonhjemmet	1
Sykehuset Innlandet	6
Vestre Viken	3

Tabell 11. Antall pasienter overført til andre sykehus

Ahus har valgt å være restriktiv med å sette sykehuset i beredskap. At man er i beredskap signaliserer normalt at en er i en presset situasjon. Ved å være i normal drift gis det ikke signaler om at sykehuset har behov for forsterket bemanning eller økt behandlingskapasitet. Enkelte beskriver at dette har medført at andre sykehus har stilt spørsmål ved om Ahus ikke har behov for støtte, siden sykehuset ikke er i beredskap.

11.4 Vurderinger

11.4.1 Evaluators vurdering av hvordan informasjon og samhandling med kommuner, andre foretak og eier ble ivaretatt

Samhandling mellom Ahus, kommuner og andre foretak har etter evaluators mening fungert godt under pandemien. Ahus har inngått en rekke samhandlingsavtaler med kommunene i opptaksområdet, noe som ble gjort før covid-19 inntraff. Ingen av samhandlingsavtalene som forelå når pandemien inntraff dekket pandemihåndtering og en langvarig krise. Det meste av samhandlingen og koordinering mellom foretaket og kommunene har fulgt ordinære linjer gjennom pandemien. Samhandlingsmøter har fungert som en viktig arena for å få oppdatert status på smitteutvikling, utbrudd og antall inneliggende pasienter.

Det er ikke fremlagt planer som viser hvordan kommuner og sykehuset sammen kunne håndtert mange alvorlig syke, og utnyttet samlede ressurser på best mulig måte. Evaluator kan heller ikke se at det er utarbeidet planer for utveksling av personell mellom kommuner og Ahus for å håndtere en ekstrem krisesituasjon, med stor variasjon i pasienttilstrømmingen. Kommunene har gjennomgående hatt kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter under pandemien.

Ahus har etter evaluators mening samarbeidet godt med andre helseforetak i helseregionen, uten at det samarbeidet var nedfelt i planer. Ahus har både gitt og mottatt hjelp til å behandle kritisk syke covid-19 pasienter.

Mulige forbedringer

- Ahus bør detaljere planer om samarbeid i kriser både med kommuner, andre foretak og RHF.
- Ahus bør utarbeide planer for hvordan samhandlingsaktører, på tvers av helse- og omsorgstjenesten, kan håndtere et stort antall pasienter og utnytte felles kapasitet.