

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2017/758 - 6631/2017

Deres ref.:

Dato:
27.02.2017**Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 6. mars 2017**

Styret for Helse Nord-Trøndelag kalles med dette inn til møte
mandag 6. mars 2017, kl. 10.00.

Møtet finner sted på Sykehuset Namsos, møterommet Bråholmen.

AGENDA

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 15/2017 | Orienteringer fra adm. direktør <ul style="list-style-type: none">• Strategisk utviklingsplan• Pasientorientert organisering• Orientering «Langsiktig leasing»• Psykiatriløftet - innhold i prosjektet• Eventuelt andre aktuelle saker |
| Sak 16/2017 | Driftsrapport januar 2017 |
| Sak 17/2017 | Medisinutdanning i Helse Nord-Trøndelag |
| Sak 18/2017 | Langsiktig økonomisk bærekraft |
| Sak 19/2017 | Brukermedvirkning - nye retningslinjer |
| Sak 20/2017 | Andre orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 09.02. og 22.02.172. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 20.02.173. Årsrapport 2016 fra Pasient og brukerombudet4. Rapport fra tilsyn Fylkesmannen i N-T<ul style="list-style-type: none">– Landsomfattende tilsyn (LOT) – gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis i akuttmottak – Sykehuset Levanger5. Samlerapport fra systemtilsyn – Psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker 2016 – BUP Namsos6. Overbelegg medisinske sengeposter |

Sak 21/2017 Eventuelt

Sak 22/2017 Godkjenning av protokoll

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.

Torbjørn Aas
Adm. direktør
sign.

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 16/2017 Driftsrapport januar 2017

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	6. mars 2017	16/ 2017
Saksbeh: Tormod Gilberg		
Arkivkode:		
Saksmappe: 2017/758		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for januar 2017 til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 16/2017 Driftsrapport januar 2017

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. SAMMENDRAG / GENERELL VURDERING

Helse Nord-Trøndelag HF har for 2017 lagt opp til en aktivitetsvekst noenlunde i samsvar med bestilling fra eier. Etter en måneds drift viser det seg at utført aktivitet er på nivå med eller over planlagt aktivitet. Ventetider for behandlede pasienter har vært litt høyere enn fastsatte måltall og har utviklet seg negativt siste måned. Andel fristbrudd ligger stabilt på et svært lavt nivå.

Det økonomiske resultatet for januar er i samsvar med budsjettet for foretaket samlet. Det er imidlertid fortsatt betydelige forskjeller i resultatoppnåelse for de enkelte klinikkene.

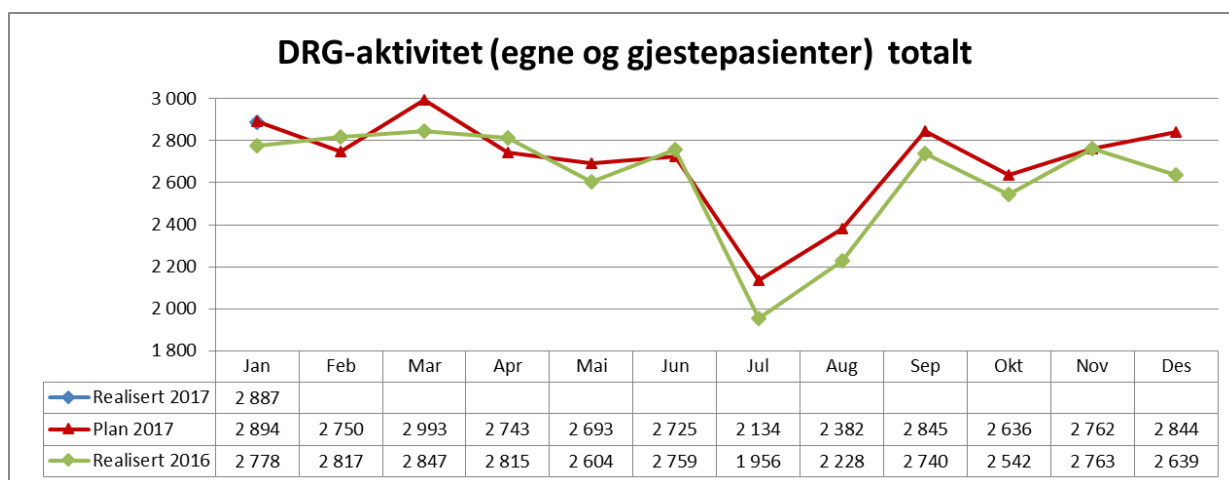
Lønnskostnadene er i januar i samsvar med budsjett, men brutto månedsverk ligger over planlagt nivå. Det siste skyldes bl.a. større sykefravær enn budsjettet med tilhørende bruk av overtid og vikarer. Samtidig er sykepengerefusjonene tilsvarende høyere enn budsjettet.

Ny aktuarberegning i januar innebærer en reduksjon i foretakets pensjonskostnader på 12,3 mill kroner i forhold til budsjetterte pensjonskostnader for 2017, tilsvarende vel 1 mill kroner pr. måned. Eier har ennå ikke vedtatt om og på hvilken måte dette vil påvirke foretakets styringsmål. Så langt har vi lagt opp til at resultatmålet for 2017 for foretaket økes tilsvarende, dvs. til 72,3 mill kroner.

KPI matrise 2017 Helse Nord-Trøndelag HF		Hittil i år				Avvik denne periode	Utvikling *	Prognose års-avvik	Henvising
		Resultat	Mål	Avvik					
Aktivitet	DRG-poeng somatikk	2 887	2 894	-7	●	-7	↑	-	
	Polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern	7 045	6 465	580	●	580	↑	-	
	Polikliniske konsultasjoner TSB	588	500	88	●	88	↑	-	
	Ventetid pasienter behandlet somatikk	59	57	2	●	59	↑	-	
	Ventetid pasienter behandlet VOP	49	45	4	●	49	↓	-	
	Ventetid pasienter behandlet BUP	54	40	14	●	54	↑	-	
	Ventetid pasienter behandlet TSB	25	30	-5	●	25	↑	-	
	Andel fristbrudd pasienter behandlet	0,3 %	0,0 %	0,3 %	●	0,3 %	↓	-	
Finans	Økonomisk resultat (mill kr)	8,05	7,89	0,16	●	0,16	###	-	
	Lønnskostnader (mill kr)	-177,77	-177,49	-0,28	●	-0,28	###	-	
HR	Bemanning (brutto mnd.verk)	2 707,80	2 664,04	43,76	●	43,76	↓	-	
	Antall enheter med sykefravær > 10 %			0	#DIV/0!	0	→	-	
	Avvik arbeidstidsbestemmelsen i % av vakter			0,0 %	#DIV/0!	-	→	-	

2. Helsefag

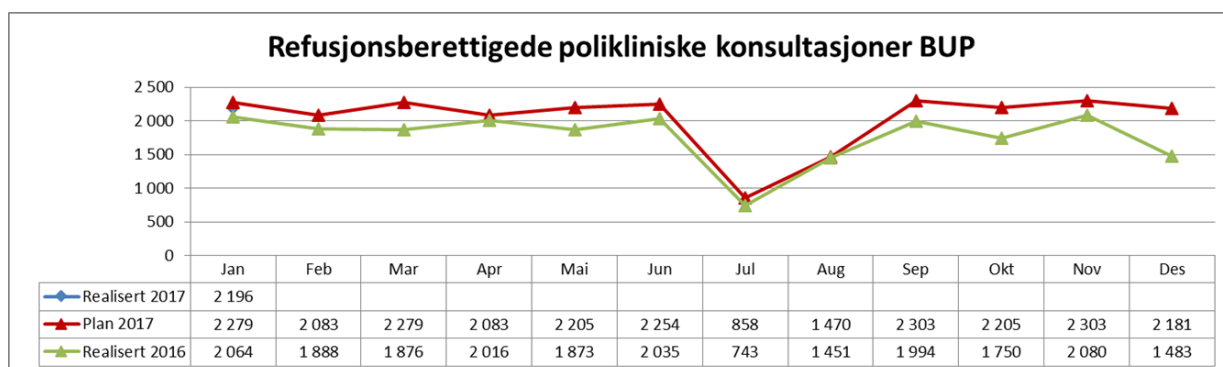
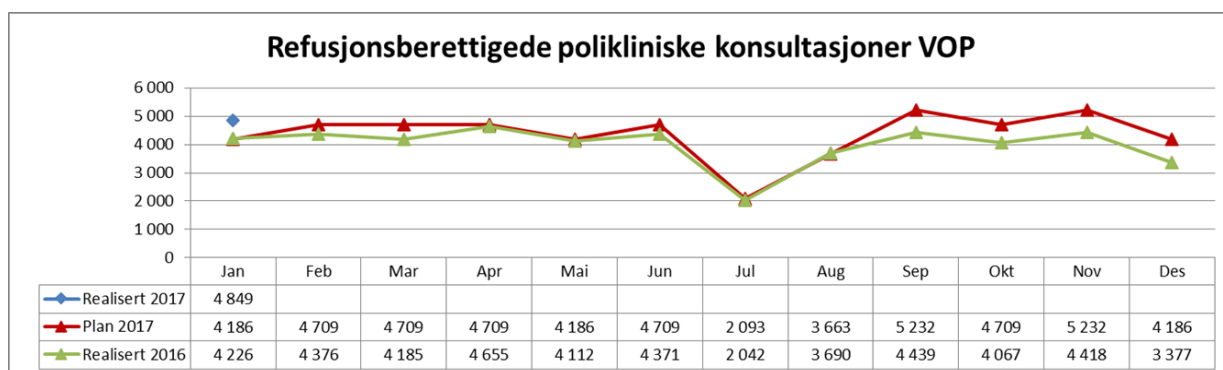
2.1 DRG-aktivitet



Helse Nord-Trøndelag HF har for 2017 lagt opp til en aktivitetsvekst innen somatikk noenlunde i samsvar med bestilling fra eier. Det er denne aktiviteten som er lagt inn i oversikten ovenfor.

Etter en måneds drift viser det seg at utført DRG-aktivitet er på nivå med planlagt aktivitet. Foretakets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag på nivå med planlagt aktivitet for 2017.

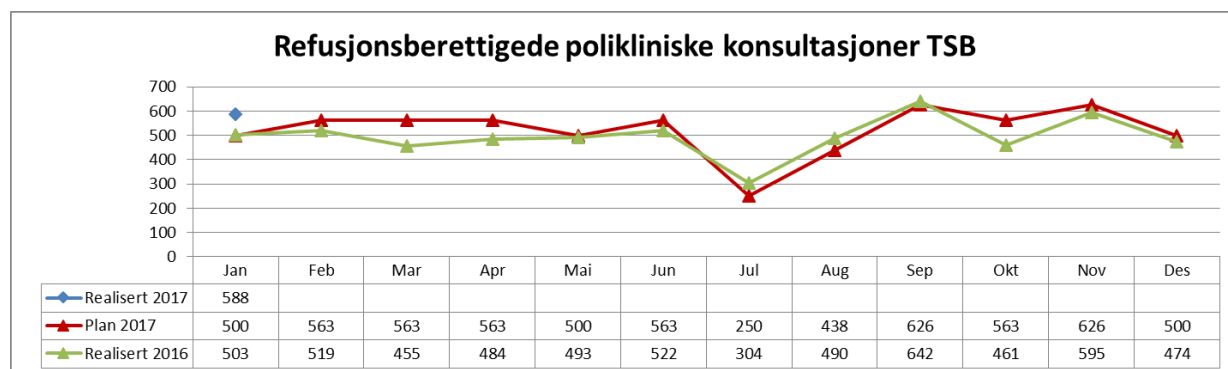
2.2 PH-aktivitet



Helse Nord-Trøndelag HF har for 2017 lagt opp til en aktivitetsvekst innen psykisk helsevern noenlunde i samsvar med bestilling fra eier. Refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner er et sentralt aktivitetsmål innen psykiske helsevern. Det er den aktiviteten som er lagt inn i oversikten ovenfor.

Etter en måneds drift viser det seg at utført aktivitet er litt over planlagt aktivitet innen VOP og litt under planlagt aktivitet innen BUP. Foretakets aktivitet innen psykiske helsevern prognostiseres å bli om lag på nivå med planlagt aktivitet for 2017.

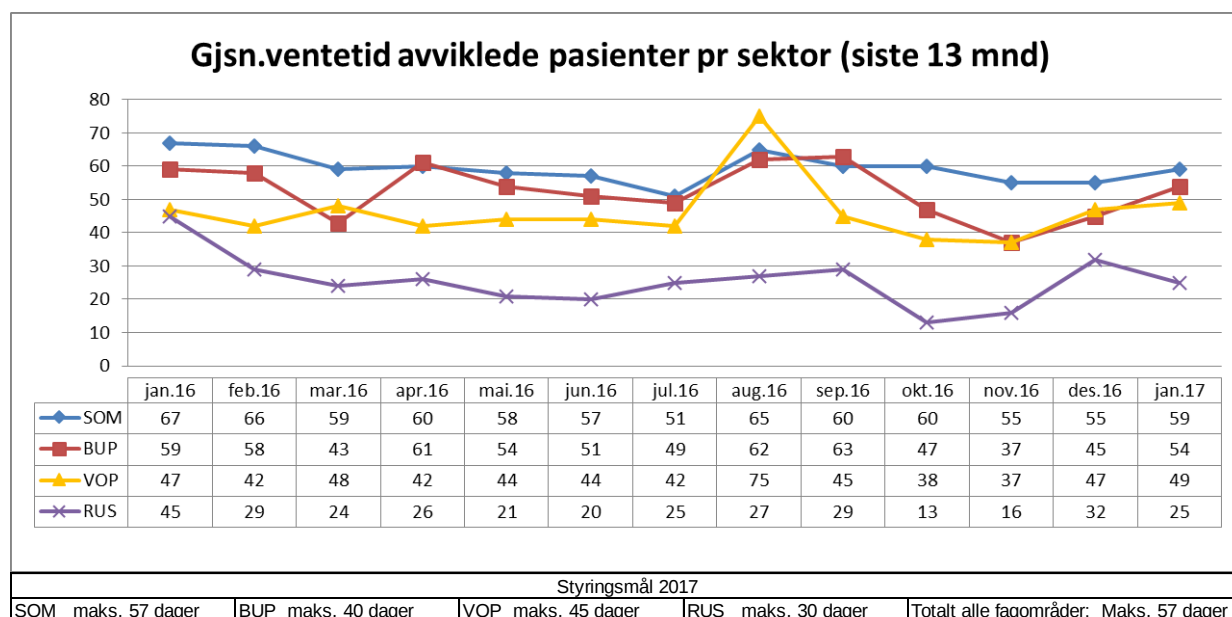
2.3 TSB-aktivitet



Helse Nord-Trøndelag HF har for 2017 lagt opp til en aktivitetsvekst innen rusbehandling noenlunde i samsvar med bestilling fra eier. Refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner er et sentralt aktivitetsmål innen rusbehandling. Det er den aktiviteten som er lagt inn i oversikten ovenfor.

Etter en måneds drift viser det seg at utført aktivitet er litt over planlagt aktivitet innen rusbehandling. Foretakets aktivitet innen dette fagområdet prognostiseres å bli om lag på nivå med planlagt aktivitet for 2017.

2.4 Ventetider

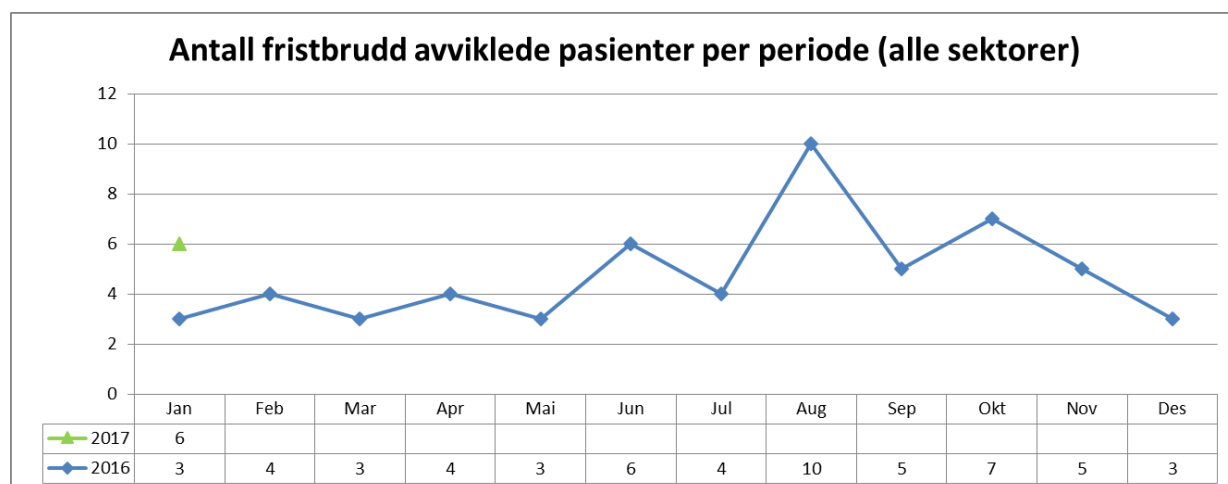


Helseforetaket hadde i 2016 et styringsmål om at gjennomsnittlig ventetid ikke skulle være over 65 dager i noen fagområder/sektorer. For 2017 er dette styringsmålet splittet opp i egne ventetider for hvert fagområde/hver sektor med maks. 57 dager innen somatikk, maks. 45 dager innen VOP, maks. 40 dager innen BUP, maks. 30 dager innen rusbehandling (TSB) og maks. 57 dager for foretaket samlet.

Det har vært en negativ utvikling i de fleste ventetidene den siste måneden med unntak for TSB. Innen TSB har det vært en reduksjon i ventetid, og ventetiden er lavere enn fastsatt måltall. For de øvrige fagområdene er ventetiden økt litt siste måned og ligger litt over fastsatte måltall. Det er innen BUP at det er størst avvik mellom faktisk ventetid og fastsatt måltall.

Med mulige unntak for noen sesongmessige svingninger, er det forventet at driften utover året skal tilpasse seg fastsatte måltall.

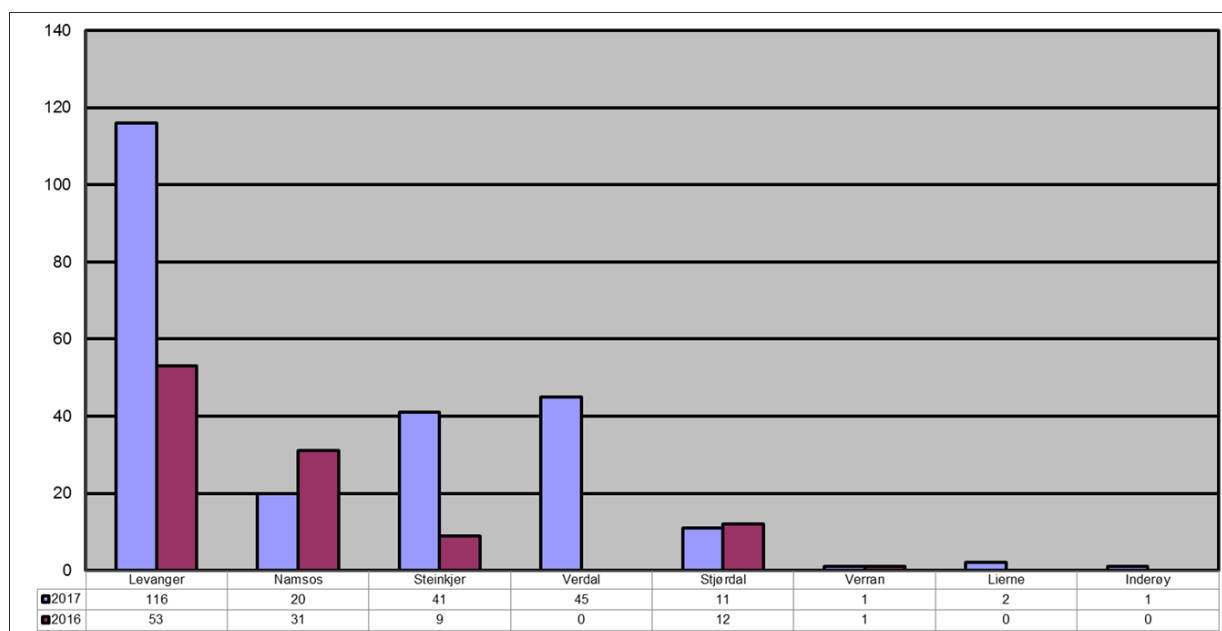
2.5 Fristbrudd



Det er gjort betydelig innsats for å fjerne fristbrudd innen alle fagområder. Fristbrudd er tilnærmet fraværende og på et jevnt lavt nivå.

Styringsmålet fra eier er ingen fristbrudd. Driften legges opp slik at fristbrudd skal være fraværende, men vi erfarer at det er vanskelig å unngå at det inntreffer noen få brudd.

2.6 Liggedøgn utskrivningsklare pasienter



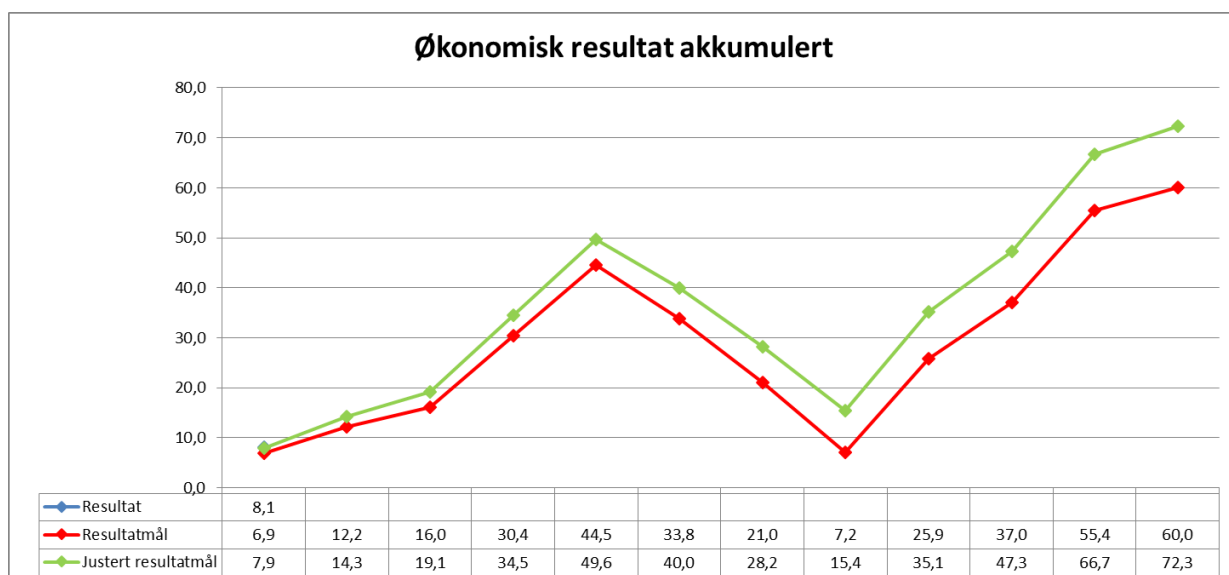
Kommunene betaler 4.622 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Fakturerte liggedøgn kan variere litt fra registrerte liggedøgn p.g.a. forskjellige rapporteringsfrister, men dette blir korrigert i framtidige regninger.

I januar 2017 var det i alt 50 pasienter og 237 liggedøgn knyttet til utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende periode i fjor var det 22 pasienter og 106 liggedøgn. Økningen fra 2016 til 2017 er særlig stor for kommunene Levanger, Verdal og Steinkjer.

3. ØKONOMI OG RESSURSSTYRING

3.1 Resultat

Januar 2017	Denne periode			Hittil i år		
Resultat	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	268 699	269 010	-311	268 699	269 010	-311
Varekostnader	-40 061	-38 655	-1 406	-40 061	-38 655	-1 406
Lønnskostnader	-177 769	-177 485	-284	-177 769	-177 485	-284
Andre driftskostnader	-43 586	-46 940	3 354	-43 586	-46 940	3 354
Driftskostnader	-261 416	-263 080	1 664	-261 416	-263 080	1 664
Driftsresultat	7 283	5 930	1 353	7 283	5 930	1 353
Finansresultat	767	930	-163	767	930	-163
Resultatmål	8 050	6 860	1 190	8 050	6 860	1 190
Endring aktuarberegning pensjon		1 028	-1 028		1 028	-1 028
Justert resultatmål	8 050	7 888	162	8 050	7 888	162



Det økonomiske resultatet for januar er i samsvar med budsjettet for foretaket samlet.

Ny aktuarberegning i januar innebærer en reduksjon i foretakets pensjonskostnader på 12,3 mill kroner i forhold til budsjetterte pensjonskostnader for 2017, tilsvarende vel 1 mill kroner pr. måned. Eier har ennå ikke vedtatt om og på hvilken måte dette vil påvirke foretakets styringsmål. Så langt har vi lagt opp til at resultatmålet for 2017 for foretaket økes tilsvarende, dvs. til 72,3 mill kroner.

Inntekter

Foretakets inntekter er i januar i samsvar med budsjett.

Varekostnader

Varekostnadene er i januar 1,4 mill kroner høyere enn budsjettert. Merforbruket er i hovedsak knyttet til legemidler.

Lønnskostnader

Lønnskostnadene er i januar i samsvar med budsjett, men brutto månedsverk ligger over planlagt nivå. Det siste skyldes bl.a. større sykefravær enn budsjettert med tilhørende bruk av overtid og vikarer. Samtidig er sykepengerefusjonene tilsvarende høyere enn budsjettert.

Ny aktuarberegning i januar innebærer en reduksjon i foretakets pensjonskostnader på 12,3 mill kroner i forhold til budsjetterte pensjonskostnader for 2017, tilsvarende vel 1 mill kroner pr. måned. Eksklusive pensjonskostnader er lønnskostnadene i januar 1,3 mill kroner høyere enn budsjettert.

Andre driftskostnader

Andre driftskostnader viser et positivt avvik på 3,4 mill kroner i januar. Det positive avviket er i hovedsak knyttet til pasienttransport.

Finansposter

Foretakets finansposter er i januar i samsvar med budsjett.

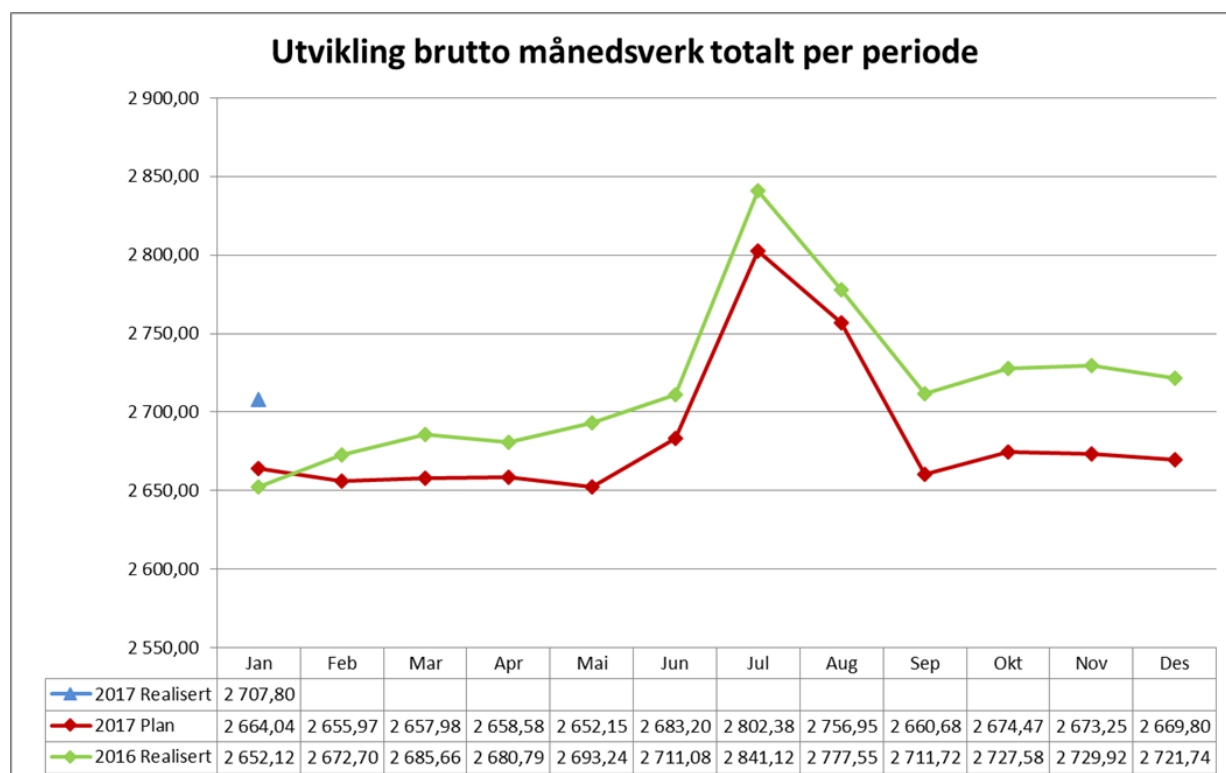
3.2 Prognose

Januar 2017	Hele året		
Resultat	Budsjett 2017	Prognose 2017	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	3 030 457	3 030 457	0
Varekostnader	-458 489	-458 489	0
Lønnskostnader	-1 988 280	-1 988 280	0
Andre driftskostn (6)	-470 784	-470 784	0
Andre driftskostn (7)	-64 069	-64 069	0
Driftskostnader	-2 981 622	-2 981 622	0
Driftsresultat	48 835	48 835	0
Finansresultat	11 165	11 165	0
Resultatmål	60 000	60 000	0
Endring aktur beregning pensjon	12 333	12 333	0
Justert resultatmål	72 333	72 333	0

HNT prognostiserer et årsresultat på 72,3 mill kroner. Det er 12,3 mill kroner høyere enn budsjettet og skyldes reduksjon i foretakets pensjonskostnader med samme beløp.

4. MEDARBEIDER / HR

4.1 Bemanning

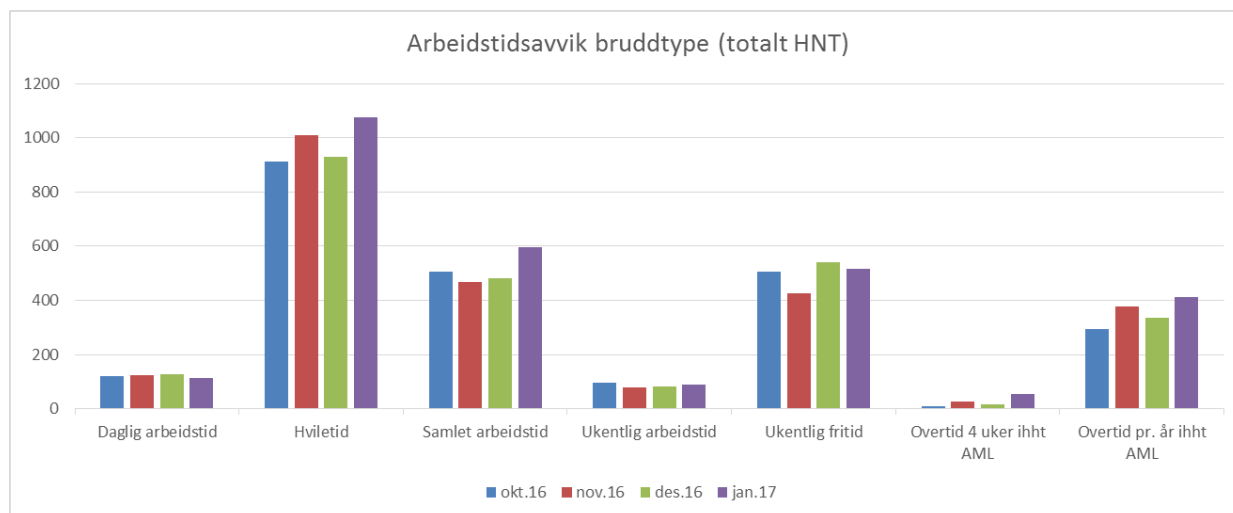


Brutto månedsverk endte i januar på 2 707,8. Det er en reduksjon i forhold til desember 2016 på 13,9 månedsverk, men en økning fra januar 2016 på 55,7 månedsverk. Avviket mellom budsjett og faktisk skyldes bl.a. høyere sykefravær enn budsjettet med tilhørende bruk av overtid og vikarer. Samtidig er sykepengerefusjonene tilsvarende høyere enn budsjettet.

Helseforetaket hadde i januar i år et forbruk på innleie av helsepersonell fra eksterne byrå (post 468) på 355 000 kroner. Det er et mindreforbruk i forhold til budsjett på om lag 0,5 mill kroner og om lag 0,6 mill kroner lavere enn samme måned i fjor.

Innleie av helsepersonell fra eksterne byrå er i all hovedsak innleie av legespesialister i forbindelse med fravær og vakanser. Det jobbes aktivt med rekruttering av faste ansatte, for å redusere bruk av vikarinnleie.

4.2 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser

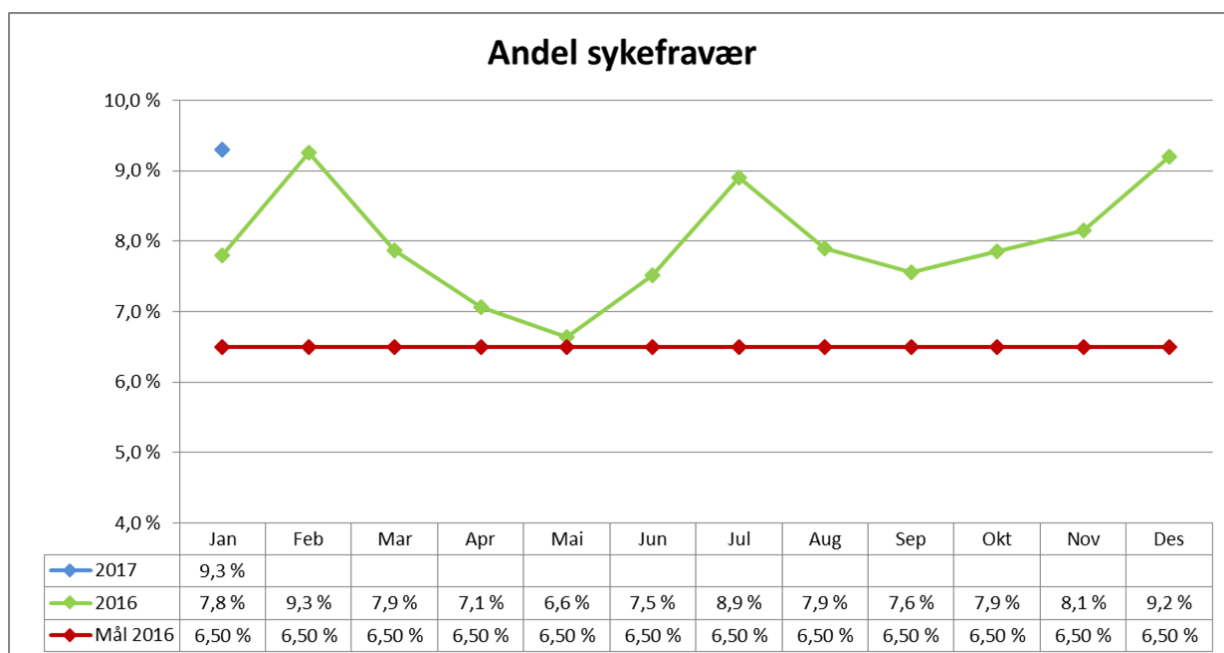


Antallet arbeidstidsavvik var i januar 2 854. Det er en økning på vel 300 fra forrige måned. Det er brudd på hviletid som dominerer med over 1 000 avvik. Når det gjelder årsak, er det akutt mangel på kompetanse som dominerer med 742 avvik. Det fordeler seg med ca. 250 brudd på hver av gruppene leger og sykepleiere.

I januar var 36 % av bruddene definert som systemfeil. Av øvrige brudd sto sykepleiere og leger for hhv 660 og 619 av bruddene.

I forhold til alvorlighetsgrad på brudd har sengepost Med H på Levanger gjennomført en risiko- og sårbarhetsvurdering omkring alvorlige brudd. Samtidig som det gjennom denne prosessen er gjort vesentlige funn, har prosessen vært lærerik og skapt bevissthet omkring problemstillingen. Det anbefales at tilsvarende prosesser gjennomføres for øvrige medisinske avdelinger.

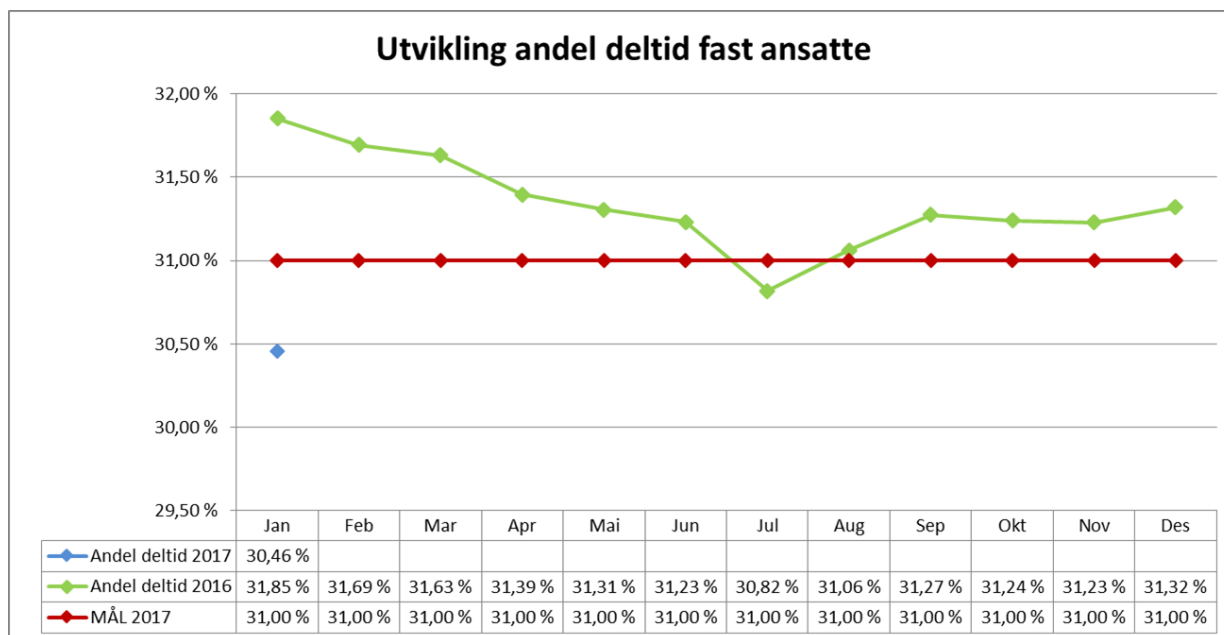
4.3 Andel sykefravær



Sykefraværet var i januar 9,3 % mot 7,8 % i samme måned i fjor. Fraværet varierer fra 6,4 % i klinikken/senteret med lavest fravær til 13,8 % i klinikken/senteret med høyest fravær.

Vi ser at sykefraværet ligger på samme nivå i starten av 2017 som ved utgangen av 2016. Fraværet er betydelig høyere enn for samme måned forrige år. Det er flere tiltak i forhold til sykefraværarbeid i den overordnede HMS-planen, og det vil bli fokusert på å få gjennomført disse tiltakene.

4.4 Andel deltid



HNTs måltall for andel deltid for faste ansatte for 2017 er satt til 31 %. Klinikkene har fastsatt egne mål for 2017 tilpasset eget nivå og utvikling.

Andel deltid for faste ansatte var i januar 30,5 %, en reduksjon på 0,8 %- poeng fra forrige måned. I januar 2016 var andel deltid for faste ansatte 31,9 %.

HNTs måltall for 2017 for gjennomsnittlig stillingsstørrelse for faste ansatte er satt til 90 %. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse for faste ansatte var i januar 89,4 %, en økning på 0,3 % - poeng fra forrige måned. I januar 2016 var gjennomsnittlig stillingsstørrelse for faste ansatte 88,7 %.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 17/2017 Medisinutdanning i Helse Nord-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	6. mars 2017	17/ 2017
Saksbeh: Torbjørn Aas		
Arkivkode:		
Saksmappe: 2017/758		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret tar orienteringen om medisinutdanning i Nord Trøndelag til etterretning.
2. Styret støtter vurderingene i rapporten fra NTNU, og ber administrerende direktør fortsette arbeidet for etablering av medisinutdanning i Nord Trøndelag, og at Helse Nord-Trøndelag tar en aktiv rolle som bidragsyter i videre prosess.

SAKSUTREDNING:

Sak 17/2017 Medisinutdanning i Helse Nord-Trøndelag

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Vedlegg 1: Legeutdanning i Nord-Trøndelag - rapport

FORMÅL MED SAKEN

Administrerende direktør ønsker å gi styret oppdatert informasjon om NTNUs arbeid for å etablere medisinutdanning i Nord Trøndelag.

BAKGRUNN OG HENSIKT

Høsten 2016 økte studentopptaket på medisinstudiet ved NTNU fra 120 til 135 studenter per år. Det medisinske fakultet ved NTNU utredet om det var mulig for 15 av disse studentene å gjennomføre en desentralisert utdanning lokalisert i Nord-Trøndelag fra 3. studieår. En prosjektgruppe bestående av representanter fra NTNU, HUNT forskningssenter, Helse Nord-Trøndelag og primærhelsetjenesten i Nord-Trøndelag ble nedsatt. Gruppen ble oppfordret til å tenke innovativt når det gjelder undervisnings- og læringsaktiviteter.

Høsten 2016 kartla prosjektgruppa ved NTNU hvilke krav som gjelder for desentralisert utdanning for medisinstudiet - både nasjonale og lokale krav - samt hvilke læringsmuligheter Nord-Trøndelag kan by på for å oppnå ønsket læringsutbytte. Kartleggingen av kravene til utdanningen viste at studentene skal gjennomgå en gjennomgripende og omfattende personlig og faglig utvikling i løpet av de aktuelle studieårene. Fra 3. studieår skal studentene tilegne seg kunnskap og ferdigheter innenfor så godt som alle medisinske fagområder parallelt med en mer holistisk profesjonell utvikling.

Formålet med læringen er å oppnå en klinisk kompetanse som gjør studenten i stand til å mestre arbeidsoppgavene til en nyutdannet lege. I tillegg forventes det at studentene skal kunne forstå og forklare fremtidige kliniske erfaringer i lys av en basalfaglig biopsykososial modell for sykdom og helse. Studentene skal også utvikle holdninger og evne til livslang læring.

Kartleggingen av læringsmulighetene viste at Nord-Trøndelag har mange potensielle læringsarenaer og undervisere som kan bidra til at studentenes profesjonelle utvikling finner sted. Prosjektgruppa mente at Levanger er spesielt godt egnet som studiested med Sykehuset Levanger, HUNT, Nord Universitet og nærhet til Trondheim som viktige faktorer for god tilgang til læringsarenaer, veiledere/undervisere og studenter fra andre helseprofesjoner.

Primærhelsetjenesten er sannsynligvis en underutnyttet læringsarena i medisinstudiet, som kan realiseres i større grad ved etablering av et nytt desentralisert studietilbud.

Prosjektgruppa mente at studentene ved en desentralisert utdanning i Nord-Trøndelag vil få god anledning til å oppnå læringsmålene for studiet. De viktigste grunnene for at prosjektgruppa konkluderte slik var:

- Pasientene og helsetjenestene i Nord-Trøndelag er representative for den kompetansen studentene skal oppnå
- Helsevesenet i Nord-Trøndelag har læringsarenaer og utøver helsetjenester av et slikt omfang at alle studentene kan få rikelig med riktige erfaringer
- De kliniske og vitenskapelige fagmiljøene for de mest omfattende delene av studiet er robuste
- Geografisk nærhet til Trondheim gjør det mindre utfordrende med transport i de tilfellene der læringsmål kun kan oppnås ved tilstedeværelse i Trondheim.

Prosjektgruppa anbefalte at den desentraliserte utdanningen struktureres i henhold til prinsippene for langsgående integrert klinisk tjeneste, med studentaktive læringsformer, hvor både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er læringsarenaer.

Sluttrapporten for arbeidet konkluderer med at Helse Nord-Trøndelag er egnet som utdanningsarena for medisinstudenter. Det anbefales etablering med oppstart av medisnutdanning i Nord Trøndelag for 15 studenter fra høsten 2018.

Det er dokumentert at desentraliserte utdanninger øker rekrutteringen til distrikt og at dette har hatt betydning for helsesektoren. En undersøkelse viser at 51 % av avgangsstudentene ved Universitetet i Tromsø/Det arktiske universitet i perioden 1979-2012 fortsatt jobber i landsdelen. I 2013 jobbet 822 leger i Nord-Norge av de 1611 som er utdannet i denne perioden. Samtidig viser tallene fra de siste avgangskullene at det er en økende tendens blant nyutdannede leger til å ta sin første jobb i Nord-Norge sammenlignet med de foregående kullene.

For Helse Nord-Trøndelag er det en strategisk nøkkelfaktor å ha tilgang på ansatte med riktig kompetanse, noe som også ønskes gjenspeilet i foretakets strategiske utviklingsplan. På bakgrunn av dette anses mulighet for medisnutdanning i Nord Trøndelag fra og med 3. studieår som et godt og sannsynlig bidrag til nettopp dette. I tillegg er det grunn til å anta at det for legegruppen også vil være en attraktiv og utfordrende oppgave å bidra i undervisningen, og at dette i seg selv kan ha en rekrutterende og stabiliserende effekt. Helse Nord-Trøndelag har allerede opplæring av studenter på 5. studieår. I tillegg har foretaket i de senere årene hatt høy score på turnuslegenes tilbakemelding på sitt opphold ved våre sykehus.

For ytterligere å forsterke foretakets egen og fylkets generelle posisjon og mulighet til å rekruttere «våre egne» framtidige leger, vil det være gunstig for Helse Nord-Trøndelag å ta aktiv del i det videre arbeidet for å etablere et opplegg for utdanning av medisinstudenter fra og med 3. studieår i Nord-Trøndelag.

Undervisningen i Nord Trøndelag kan i stor grad gis av Helse Nord-Trøndelags leger og den akademiske kompetansen anses tilstrekkelig. Aktuelle legegrupper er positivt innstilt til å undervise og prosjektet er blitt tatt godt imot.

Medisnutdanning i Nord Trøndelag kan bidra til god omdømmebygging for både Helse Nord-Trøndelag og kommunehelsetjenesten, og kan på sikt skape et større kunnskaps- og akademisk miljø i fylket.

Alle involverte parter må bidra i den totale finansieringen av tiltaket. Helse Midt-Norge har for 2017 gitt bidrag på kr 2 mill. til Helse Nord-Trøndelag for oppstart av arbeidet. Helse Nord-Trøndelag må også ta høyde for å finansiere deler av tiltaket. Det er ikke endelig avklart hvordan kostnadsfordelingen skal gjøres mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag. Dette vil endelig avklares i de ordinære budsjettprosessene.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 18/2017 Langsiktig økonomisk bærekraft

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	6. mars 2017	18/ 2017
Saksbeh:	Senterleder Stein Erik Breivikås	
Arkivkode:		
Saksmappe:	2017/758	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saksframlegget til etterretning og ber om at adm. direktør vektlegger nødvendigheten av å skape langsiktig bærekraftig økonomi i helseforetaket, og at følgende punkter gjennomføres:

- 1) Styret vedtar at det skal utredes funksjons-/strukturfordeling innenfor de fagområdene hvor dette er mulig, som følge av den nye organisering av foretaket. Styret ber også om at det ses på organisering/samhandling av de merkantile funksjonene i klinikkene som følge av omorganiseringen.
- 2) Styret vedtar at det skal utredes hva en samlet kostnadsreduksjon på 10 prosent vil bety for servicenivået til klinikkene, pasienten og andre pålagte oppgaver Senter for internservice og Senter for virksomhetsstøtte og utvikling utfører.
- 3) Styret vedtar at det skal utredes hva standardisering og harmonisering av merkantilt personell i klinikkene vil bety økonomisk for driften og den faglige kvalitet på tjenestene til pasienten.
- 4) Styret vedtar at all klinisk aktivitet som ikke er lov eller oppdragspålagt skal indentifiseres og det skal utredes hvor stor nytte denne aktiviteten har i forhold til pasientnytte og kostnadsnivå.
- 5) Styret ber om at de faglige og økonomiske konsekvensene med økt samarbeid og en potensiell funksjonsfordeling med St. Olavs Hospital utredes.
- 6) Styret ber Klinikk for prehospitale tjenester om å utrede struktur og beredskap for å gjøre klinikken ytterligere drifts- og kostnadseffektiv.

- 7) Styret ber om en faglig og økonomisk vurdering av alle ikke kliniske tjenester som følge av at helseforetakene har blitt merverdinytralt.
- 8) Styret ber om at det indentifiseres og iverksettes organisasjonsutviklingsprosjekter i forbindelse med framtidig innføring av Helseplattformen innen utgangen av 2017.
- 9) Styret ber om at innkjøps/bestiller rollen i foretaket utredes med tanke på redusere antall bestillere og for å øke avtalelojaliteten. Denne utredningen ses i sammenheng med arbeidet med nytt fullmakts-reglement.
- 10) Styret ber om at det gjøres en gjennomgang av dagens organisering av desentraliserte tjenester i foretaket, med en påfølgende vurdering av fremtidig organisering av disse. Kvalitet og økonomi skal vektlegges i vurderingen.
- 11) Styret understreker at alle utredningene skal inneholde både økonomiske og faglige konsekvenser, samt risikovurdering. Utredningene skal ses i sammenheng med arbeidet med Strategisk utviklingsplan og omorganiseringen av foretaket. Styret ber om at de vedtatte utredningene blir ferdigstilt innen utgangen av 2017 for ny behandling.

SAKSUTREDNING:

Sak 18/2017 Langsiktig økonomisk bærekraft

1. Formål

Helse Nord-Trøndelag HF er ikke økonomisk bærekraftig hvis driften opprettholdes på dagens kostnadsnivå og den planlagte investeringsplanen gjennomføres. Formålet med denne saken er å iverksette utredninger som kan være med på å løse disse problemstillingene.

2. Bakgrunn

Langtidsbudsjettet til Helse Nord – Trøndelag HF viser at foretaket ikke er langsiktig økonomisk bærekraftig. Dette er basert på foretakets planlagte investeringer og dagens kostnadsnivå på virksomhetens drift. Foretaket er avhengig av å forbedre driften med 60 – 70 MNOK på årsbasis, for å kunne være økonomisk bærekraftig. Årsresultatet for 2016 bidro til å vanskeliggjøre situasjonen ytterligere. Dersom man ikke klarer å løse disse utfordringene, vil man raskt havne i en situasjon hvor foretakets likviditet ikke vil kunne forsvare det vedtatte investeringsnivået i langtidsbudsjettet. Konsekvensen av dette vil være at det ikke vil bli mulig å utvikle Helse Nord-Trøndelag i tråd med vedtatte planer.

Det foreslås å utrede både foretaksovergripende tiltak og enkelte konkrete tiltak i klinikker/sentre som tiltak for å løse situasjonen. Enkelte av tiltakene som foreslås henger direkte sammen med både med Strategisk utviklingsplan og Fase 2 i omorganiseringen av foretaket. Arbeidet med utredningene for den langsiktige økonomiske bærekraften vil bli sett i sammenheng med disse. Dette er tiltak som kommer i tillegg til forventningen om det kontinuerlige forbedringsarbeidet som samtidig skal gjennomføres i klinikker og sentre.

Styret i Helse Nord-Trøndelag har tidligere uttrykt at de tar den økonomiske utfordringen på alvor, og vedtok under behandlingen av langtidsplan og langtidsbudsjett i mai 2016 blant annet følgende: «Styret ser at vi står overfor utfordringer som tilsier at det igangsettes en prosess med tanke på strukturelle grep i langtidsperioden».

De økonomiske tiltakene som skal utredes med bakgrunn i denne saken er godt forankret i hele foretaket. De 10 utredningene som skal gjennomføres som følge av denne saken, er utarbeidet før og under den store ledersamlingen foretaket hadde på Stiklestad 31 januar 2017. Her var også konserntillitsvalgte og hovedverneombud deltagere. Det ble i tillegg avholdt et styreseminar 22. februar hvor disse utredningene ble drøftet. I tillegg har administrerende direktør avholdt møter for ledere på alle nivåer i helseforetaket, hvor hensikten var å skape en felles forståelse for utfordringsbildet, samt redegjøre for helseforetakets prosess i sitt bærekraftsarbeid. Gjennom de ulike delene av prosessen har det blitt vektlagt at man ønsker å etablere metodikken «kontinuerlig forbedring» som metodisk tilnærming for arbeidet for å bringe foretaket i økonomisk bærekraft.

3. Saksvurdering

Det foreslås å utrede 10 områder som skal bidra til løse den langsiktige økonomiske bærekraften til foretaket. Det skal i utredningene ses på både økonomiske, kvalitetsmessige og pasientsikkerhetsrelaterte konsekvenser. Utredningene skal være basert på gode faktagrunnlag og risikovurdering vil ha høy prioritering.

1. Prioritering i forhold til funksjons- og oppgavefordeling mellom lokasjoner og klinikker i HNT

Helse Nord-Trøndelag er i ferd med å gjennomføre en faglig organisering av den kliniske virksomheten på tvers av geografi. Det vil i denne sammenheng være naturlig å se på funksjons- og oppgavefordeling mellom lokasjoner og klinikker i foretaket. Dette vil kunne være med å effektivisere den økonomiske driften, men det kan også være med på å bedre kvaliteten på behandlingen til pasienten. Det kliniske arbeidet blir stadig mer spesialisert og det vil kunne være gunstig å samle og etablere bærekraftige fagmiljø på lokasjonene.

Det vil også kunne være naturlig å se på strukturfordeling og samhandling på noen merkantile funksjoner i forbindelse omorganiseringen i foretaket. Det kan være at det ikke er nødvendig å opprettholde slike funksjoner på alle lokasjonene.

2. Funksjonsgjennomgang stab- og støttefunksjoner

Alle service-, støtte- og stabsfunksjonene er etter fase 1 av omorganiseringen av foretaket organisert i 2 sentre (Senter for internservice og Senter for virksomhetsstøtte og utvikling). Dette vil kunne gi grunnlag for bedre samhandling og effektivisering av disse tjenestene. Klinikkerne bør også vurdere sitt behov for den type tjenester i fremtiden, slik at sentrene kan tilpasse seg dette omfanget. Alle oppgavene som disse sentrene utfører som ikke klinikkene etterspør bør også gjennomgå for å vurdere behovet av disse. Det bør være en målsetning at det samlede kostnadsnivået for de 2 sentrene er redusert med 10 prosent i 2022.

3. Standardisering av støttefunksjoner i klinikkene

Det kan være ulikt omfang av merkantilt personell i klinikkene. Det skal kanskje være det på grunn av forskjellig størrelse og faginnhold i klinikkene, men det bør vurderes og utredes om det er hensiktsmessig med en type standardisering og harmonisering av denne typen personell ute i klinikkene. En slik standardisering kan ha en økonomisk gevinst for driften av disse tjenestene. Det bør lages en felles forståelse for standardiseringen i klinikkene gjennom utredningen av denne problemstillingen. Dette arbeidet må ses i sammenheng med organiseringen og tjenestetilbudet fra Senter for internservice og Senter for virksomhetsstøtte og utvikling.

4. Pasientnytte for ikke lov- eller oppdragspålagt aktivitet

Helse Nord - Trøndelag HF bør gjennom en utredning gjennomgå sin kliniske aktivitet for å se på hva som ikke er lov eller oppdragspålagt. Når denne aktiviteten er kartlagt bør det ses på viktigheten og forsvarligheten i forhold til pasientnyttens og kostnadsnivået på denne aktiviteten. Det er foretaket sitt ansvar å optimalisere pasientnyttens basert på tilgjengelige økonomiske ressursene som er til disposisjon.

5. Ett Trøndelag - framtidig posisjonering

Nord og Sør - Trøndelag blir til et fylke og nasjonal helse og sykehusplan har gitt føringer for hvordan Helse Nord – Trøndelag HF skal se ut i fremtiden. I grove trekk er den demografiske utviklingen i befolkningen kjent og det er samme behovet for behandling i forhold til utviklingen i sykdomsbilde. Helse Nord – Trøndelags HF sitt forhold til St. Olavs blir viktig i fremtiden. Samhandlingen og en potensiell funksjonsfordeling med St. Olavs innenfor noen typer behandling er ikke godt nok belyst og utredet. Helse Nord – Trøndelag HF må utnytte ressursene sine på beste måte for sine pasienter gjennom et tettere samarbeid mellom St. Olav. En tydeligere funksjonsfordeling kan være med å øke både kvaliteten på pasientbehandling og være økonomisk gunstig.

6. Prehospital, struktur og beredskap

Helse Nord – Trøndelag HF bør revidere struktur og beredskap i ambulansetjenesten for å sikre en bedre samordning, en mer aktiv flåtestyring og bedre kapasitet og utnyttelse av to-bårebiler. Det er også potensiale for å se på arbeidstidsordningene med mål om en bedre harmonisering med sentrale prinsipper gjeldende for arbeidstidsordninger i sykehus. Evaluering av inndelingene i passiv tid/hjemmevakt og aktiv vakt vil kunne være sentralt i et slikt arbeid.

Foretaket bør i samarbeid med Helse Midt – Norge gjennomføre anbudsprosesser for pasienttransport som stimulerer til mest mulig effektiv samkjøring og dermed god ressursutnyttelse. Helse Nord – Trøndelag HF bør i tillegg ha en gjennomgang og oppfølging av legekontorer/fysioterapikontor for å sikre en mest mulig riktig etterlevelse av lover og forskrifter ved bruk av transportrekvisisjoner for transportrekvisisjoner.

7. HNT – MVA-nøytralt, egenproduksjon/kjøp av tjenester.

Helseforetakene ble merverdinøytral fra 01.01.2017 på kjøp av tjenester. Grunntanken med dette var å skape like vilkår for tjenester som produseres utenfor og innenfor helseforetakene. Helse Nord – Trøndelag HF bør som følge av de nye rammevilkårene ta en gjennomgang av sin tjenesteproduksjon for å avklare om foretaket bør kjøpe flere tjenester eller selge flere tjenester eksternt.

8. Helseplattformen, organisasjonsutvikling og effektivisering

Med helseplattformen kommer digitalisering, felles nytt journalsystem med primærhelsetjenesten og nye løsninger innenfor en rekke områder. Dette vil invitere foretaket til organisasjonsutvikling og en potensiell effektivisering av arbeidsprosesser. Det vil være fordelaktig at denne organisasjonsutviklingen begynner i god tid før selve innføringen av helseplattformen. Effektiviseringsgevinstene skal komme gjennom at det skal jobbe annerledes gjennom nye arbeidsprosesser. Hvis foretaket ikke endrer på arbeidsprosessene før helseplattformen innføres som teknologisk verktøy, vil foretaket ikke kunne høste mulige effektivitetsgevinster og økt kvalitet som følge av dette. Det er derfor viktig at foretaket starter med organisasjonsutviklings i god tid før innføring av

helseplattformen. Det er naturlig at dette er arbeid som også ses i lys av «kontinuerlig forbedring» som metodikk.

9. Bestillerollen i Helse Nord – Trøndelag HF og avtalelojalitet

Det nye helseforetaket Sykehusinnkjøp HF overtok 01.01.2017 store deler av innkjøpsfunksjonen til Helse Nord-Trøndelag HF. Det forventes at Sykehusinnkjøp HF kommer til å prøve å standardisere innkjøpene og anskaffe landsdekkende avtaler. Sykehusinnkjøp skal kjøre innkjøpsprosesser for Helse Nord-Trøndelag HF, mens foretaket må bestille mye av varene sine selv basert på rammeavtaler anskaffet av Sykehusinnkjøp HF. Det er derfor naturlig å ta en gjennomgang av bestiller rollen i foretaket og selve avtaleforvaltningen. Det er for mange i foretaket som har myndighet til å bestille varer og tjenester, noe som påvirker avtalelojaliteten. Det er også startet et arbeid med å revidere fullmaktreglementet i foretaket som vil kunne påvirke bestiller rollen. Det bør være en målsetning å redusere antall ansatte som kan bestille varer og tjenester og det bør være tydelig hvem som eier alle avtalene til Helse Nord-Trøndelag HF i forhold til avtaleforvaltningen. Dette vil kunne gi besparelser ved innkjøpene til foretaket.

10. Desentraliserte tjenester

Foretaket bør evaluere dagens desentrale tjenester til pasienten. Dette for å gjøre en ny vurdering i forhold organisering og mengde tjenester, som skal tilpasses fremtiden behov for pasienten innenfor foretakets sitt geografiske ansvarsområde. Desentrale tjenester gir god kvalitet på pasienttilbud og det kan være god økonomi i slik organisering. Det vil være fordelaktig at begge disse variablene, kvalitet og økonomi, er med på å bestemme fremtid organisering av disse tjenestene.

4. Risikovurdering

Det skal gjennomføres en faglig og økonomisk vurdering for å avdekke risikoen for fremtidige vedtak styre skal gjøre i forhold til de 10 utredningene som er beskrevet i kapittel 3.

5. Budsjett/finansiering

Utredningsressursene skal i hovedsak hentes fra interne ressurser, slik at denne saken ikke vil få store konsekvenser for budsjettet for 2017.

6. Medbestemmelse

Administrasjonen skal månedlig gjennomføre informasjon og drøfting med fagforeninger og hovedverneombud i forhold til status i denne saken så lenge det er hensiktsmessig.

7. Direktørens vurdering

Administrerende direktør ser at Helse Nord – Trøndelag HF ikke er økonomisk bærekraftig på langsig, med dagens kostnadsnivå på driften og foretakets planlagte investeringer.

Administrerende direktør kommer til å prioritere arbeidet med langsiktig økonomisk bærekraft og sette av ressurser til dette. Det er veldig viktig at foretaket finner løsninger for

å skape økonomisk bærekraft, slik at hovedfokus i Helse Nord – Trøndelag HF blir pasientorientering og faglig kvalitet. Administrerende direktør legger vekt på at arbeidet skal være bredt forankret hos alle ansatte i foretaket og fagforeningene.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 19/2017 Brukermedvirkning - nye retningslinjer

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	6. mars 2017	19/ 2017
Saksbeh: Svein H. Karlsen		
Arkivkode:		
Saksmappe: 2017/758		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar de regionale veiledende retningslinjer for mandat, oppnevning, konstituering og arbeidsform for brukermedvirkning i Helse Nord-Trøndelag. Mandat for Brukerutvalget endres i tråd med dette. Forslått mandat for Ungdomsråd vedtas, og skal være førende for etablering, oppnevning og rammer for det kommende rådet.

SAKSUTREDNING:

Sak 19/2017 Brukermedvirkning - nye retningslinjer

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå

FORMÅL MED SAKEN

Følge opp oppdraget fra Helseministeren og Helse Midt-Norge.

BAKGRUNN OG HENSIKT

Helseministeren og hans departement ga gjennom sykehustalen januar 2016 helseforetakene i oppdrag å etablere en ordning med utvidet brukermedvirkning gjennom etableringen av et eget ungdomsråd.

Dette ble fulgt opp i foretaksmøtet mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag 12. januar 2016. Her fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å etablere felles retningslinjer for brukermedvirkning. Gjennom dette er det besluttet at alle helseforetak skal etablere et ungdomsråd, med virkning fra 2017.

Administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag har i løpet av siste halvår deltatt i to regionale møter der Helse Midt-Norge, St. Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal og har drøftet felles retningslinjer for mandat, rammer og arbeidsform for rådet - inklusiv drift og støttefunksjoner.

Lokalt er saken drøftet i Brukerutvalget (sak 49/2016 og 55/2016), og i et eget møte med FFO der brukerutvalgets leder og to representanter fra administrasjon deltok. Det er i tillegg gjennomført telefoniske møter med FFO for å avklare hva helseforetaket forventer av medlemmer i rådet.

Styret i Helse Nord-Trøndelag ble kort orientert om det pågående arbeidet i sitt møte 3. februar (sak 08/2017), der administrasjonen la fram planer om å etablere, oppnevne og vedta mandat i møtet 6. mars.

Parallelt med dette arbeidet har beklageligvis ikke Helse Nord-Trøndelag blitt orientert om at det har pågått et nasjonalt arbeid driftet av de fire regionale foretakene, der formålet har vært å lage en felles veileder med retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetakene.

Helse Midt-Norge behandlet utkastet til veileder i sitt styremøte 9. februar, og har sammen med øvrige RHF vedtatt veilederen. Administrasjonen ber derfor styret i Helse Nord-Trøndelag om å vedta veilederen med retningslinjer som førende for både Brukerutvalget og Ungdomsrådet. Helseforetaket ber i tillegg om at mandat for begge utvalg vedtas slik de framstår i veilederen.

Administrasjon vil gjennomgå veilederen for å kvalitetssikre om vår arbeidsform, rammer og praksis er i tråd med den nasjonale veilederen.

KONKLUSJON:

Administrasjon legger saken fram for Styret, og anbefaler at styret vedtar veilederen for brukermedvirkning - inklusiv mandat for både Brukerutvalget og det kommende Ungdomsrådet.

Brukermedvirkning

på systemnivå i

helseforetak

Forslag til veiledende retningslinjer for

- Mandat
- Oppnevning og konstituering
- Arbeidsform

Utarbeidet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og
lederne i de fire regionale brukerutvalgene

Januar 2017

HELSE  VEST

HELSE  SØR-ØST

HELSE  NORD

HELSE  MIDT-NORGE

INNHold

1. Prinsipp for brukermedvirkning.....	5
2. Retningslinjer for brukerutvalg.....	5
3. Mandat for brukerutvalg.....	6
3.1. Brukerutvalg skal bidra til å oppnå	6
3.2. Brukerutvalget skal være.....	6
3.3. Brukerutvalgets oppgaver er å	6
4. Arenaer for brukermedvirkning.....	7
4.1. Møter	7
4.2. Deltakelse i plan- og prosjektarbeid, råd og utvalg.....	7
5. Brukerutvalgets sammensetting.....	7
5.1. Nominasjon	8
5.2. Oppnevning.....	8
5.3. Arbeidsutvalg.....	8
6. Arbeidsform og administrasjon av brukerutvalget	8
7. Kompetanse.....	9
8. Forventninger til medlemmer i brukerutvalg.....	10
9. Habilitet og konfidensialitet	10
10. Økonomi.....	10
Vedlegg 1 – regionale tilpasninger i helse midt-norge.....	11
Vedlegg 2 – Uttrekk fra lover og vedtekter.....	12
Vedlegg 3 - Taushetserklæring.....	14
Vedlegg 4 – retningslinjer for ungdomsråd i helse midt-norge.....	15
Vedlegg 5 – veileder for brukermedvirkning i forskning – Helse Midt-Norge RHF	18

Forkortelser og definisjoner:

FFO	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
HF	Helseforetak
RHF	Regionalt helseforetak
SAFO	Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner
RIO	Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon

I dette dokumentet forstås dersom ikke annet er presisert:

”Helseforetak” anvendes både om regionalt helseforetak og heleide helseforetak som utøver pasientbehandling (sykehusforetak og sykehusapotek).

“Brukernes erfaringskompetanse” og “brukerkompetanse” benyttes synonymt. Slik kompetanse innehas slik vi forstår det i dette dokumentet, av personer med egne erfaringer som pasienter og pårørende, fortrinnsvis i spesialisthelsetjenesten. Personer med brukerkompetanse har gjennom dialog med andre i samme situasjon (vanligvis i brukerorganisasjoner) vært gjennom en prosess hvor personlige erfaringer er bearbeidet slik at de blir omgjort til generaliserte beskrivelser og eventuelt med endringsforslag.

INNLEDNING

I lovgrunnlag, vedtekter, oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene og i styringsdokument fra de regionale helseforetakene til foretakene er det lagt til grunn at det skal etableres gode systemer for brukervedvirkning på ulike nivå. På (strategisk) systemnivå skjer slik medvirkning i hovedsak gjennom brukerutvalg. I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene den 7. januar 2015 ble følgende oppdrag gitt:

Sitat:

«Punkt 3.5.2 Fellesretningslinjer for brukervedvirkning

Helseforetakene har ulike rutiner og praksis for brukervedvirkning på systemnivå. Dette gjelder for eksempel for rutiner ved oppnevning brukerutvalg og brukervedvirkning i styret.

Brukervedvirkning på systemnivå er et viktig virkemiddel for å sikre at pasienter og pårørende stemmer blir hørt i pasientens helsetjeneste. Prinsipper og rutiner for brukervedvirkning bør derfor være enhetlig på tvers av helseforetak.»

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å etablere felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukervedvirkning på systemnivå for regionale helseforetak innen 1. juni 2015. Arbeidet forutsettes å skje i samarbeid med de regionale brukerutvalgene.

I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetak 12. januar 2016 ble følgende oppdrag gitt:

Sitat:

«Punkt 3.2.4 Etablering av ungdomsråd

Brukervedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven og i helseforetaksloven.

Regjeringen ønsker mer enhetlig praksis ved oppnevning av brukerutvalg og brukervedvirkning i styrene. Det er derfor stilt krav om etablering av felles retningslinjer for brukervedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak. Det er ønskelig at retningslinjene også har bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om at det i felles retningslinjer for brukervedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak tas inn bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

Retningslinjene kan være veiledende for private ideelle sykehus med driftsavtale.

Forslaget til retningslinjer, som skal være et felles minstemål for brukervedvirkning på systemnivå, er utarbeidet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og lederne i de regionale helseforetakenes brukerutvalg.

1. PRINSIPP FOR BRUKERMEDVIRKNING

- A. Brukerutvalget skal representere alle pasienter og pårørende i helseforetakets virksomhetsområde.
- B. Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse, og er relevant på alle nivå i helsetjenesten.
- C. En til to representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatør med tale- og forslagsrett. Brukerrepresentantene har plass ved styrebordet.
- D. Observatører til styremøtet fra brukerutvalgene deltar på styreseminar på lik linje med øvrige styremedlemmer.
- E. Brukerrepresentanter må ha bevissthet på sin rolle som representant og ha et bearbeidet forhold til egne brukererfaringer
- F. Brukerutvalget skal ikke behandle saker om enkeltpasienter.
- G. Helseforetaket skal legge til rette for brukarmedvirkning:
 - a. det skal skje gjennom at brukerrepresentanter gis reell innflytelse, og at brukerkompetansen blir benyttet ved planlegging, beslutning, gjennomføring og evaluering
 - b. brukersynspunkt skal fremkomme i rapportering etter plan- og meldesystemet. (jf foretaksloven §34 og vedtekter for regionale helseforetak § 14)
 - c. det skal etableres ungdomsråd ved alle sykehusforetak. Helseforetakene etablerer egne mandat og veiledere for sine ungdomsråd, og kan gjøre det med utgangspunkt i veileder fra Akershus universitetssykehus (vedlegg x), og eventuelle regionale føringer
 - d. brukarmedvirkning skal honoreres

2. RETNINGSLINJER FOR BRUKERUTVALG

- Retningslinjene for brukarmedvirkning på systemnivå vedtas i helseforetakenes styrever
- Antall medlemmer i brukerutvalget skal vedtas i styret, i henhold til punkt 5.1 og 5.2.
- Brukerutvalgets funksjonsperiode er to år
- Medlemmer skal ikke oppnevnes for mer enn tre perioder, det vil si seks år
- Sammensettingen av brukerutvalget skal gjenspeile helseforetakets virksomhetsområde
- Brukerutvalget kan etablere og oppnevne undervalg/brukergrupper på klinikk/avdelingsnivå dersom det er hensiktsmessig, henrunder også vedtar retningslinjer og mandat for disse virksomhet

3. MANDAT FOR BRUKERUTVALG

3.1. BRUKERUTVALG SKAL BIDRA TIL Å OPPNÅ

- helsetjenester av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonsnedsettelse
- god samhandling, og gode helhetlige pasientforløp
- god medvirkning fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner
- samarbeid mellom brukerutvalg

3.2. BRUKERUTVALGET SKAL VÆRE

- et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende i virksomhetsområdet
- et forum for tilbakemelding fra pasienter og pårørende om generaliserte erfaringer innenfor helseforetakets ansvarsområde og oppgaver
- et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjoner

3.3. BRUKERUTVALGETS OPPGAVER ER Å

- følge med på helseforetakets årshjul og bidra i mål- og strategiarbeid, hovedprosesser, forbedrings- og omstillingsprosesser og i øvrige faglige prosjekter og delta/medvirke/bidra i råd og utvalg i alle saker som angår tjenestetilbudet
 - fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende
 - lage årsrapport om egen virksomhet
 - avgi høringsuttalelser til relevante planer og utredninger
 - møte på helseforetakets styremøter i henhold til punkt 1C
 - etter invitasjon, foreslå brukerrepresentanter fra brukerutvalg eller organisasjoner til plan- og prosjektarbeid, råd og utvalg.
 - etter nærmere behov og avtale, arrangere og/eller delta på relevante konferanser og kurs
 - ved behov samarbeide med andre brukerutvalg, og brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter i kommunene
 - ha kontakt med bruker- og pasientombud i opptaksområdet, og bidra til at helseforetaket følger opp deres årsrapporter
 - evaluere egen virksomhet minst en gang i løpet av funksjonsperioden
 - sette opp årlig møteplan i samarbeid med administrasjonen
-

4. ARENAER FOR BRUKERMEDVIRKNING

4.1. MØTER

Brukerutvalget skal innenfor budsjettrammen holde så mange møter som det selv mener er nødvendig for å gjennomføre oppdraget sitt. Møtene bør holdes i forkant av helseforetakets styremøte, slik at styresaker kan gjennomgå og eventuelt kommenteres. Det skal være dialog mellom brukerutvalget og helseforetaket i styresaker som er av spesiell interesse for brukerutvalget.

Innkalling og sakliste sendes ut en uke før møtet.

I hver helseregion bør det minst en gang i året arrangeres møte mellom brukerutvalgene, evt. representanter for brukerutvalgene.

Samarbeidet mellom ledere, nestledere og sekretærer i de regionale brukerutvalgene ivaretas gjennom halvårlige møter, hvorav ett av møtene i all hovedsak er forbeholdt innspill til oppdragsdokumentet.

4.2. DELTAKELSE I PLAN- OG PROSJEKTARBEID, RÅD OG UTVALG

En viktig del av brukerutvalgets arbeidsoppgaver er å bidra med brukerkompetanse i prosjekt, råd og utvalg i form av deltakelse i arbeids- og styringsgrupper.

Brukerutvalget kan henvende seg til organisasjonene eller andre brukerutvalg i regionen for å få forslag til kandidater til brukerrepresentasjon. Hensyn som tilsier at utvalget *bør* henvende seg til andre er bl.a. kapasitet og kompetanse. Ved oppnevning kan det etter behov oppnevnes vararepresentant(er) for å sikre god brukermedvirkning.

5. BRUKERUTVALGETS SAMMENSETTING

Ved oppnevning av nytt brukerutvalg skal både hensynet til kontinuitet og fornyelse ivaretas. Medlemmer i brukerutvalget skal selv ha erfaring som pasient- og/eller pårørende, og ha tilknytning til foretakets opptaksområde.

Det er opp til hvert enkelt regionale helseforetak, eventuelt helseforetak å bestemme behov og omfang av vararepresentasjon til brukerutvalgene.

Antall medlemmer besluttet lokalt, bl.a. ut fra foretakets størrelse. Representantene er personlig oppnevnt av helseforetakets styre på bakgrunn av representantens erfaringer, kompetanse, nettverk, verv og organisasjonstilknytning.

Dette innebærer:

- at sammensetningen av brukerutvalget skal gjenspeile helseforetakets virksomhetsområde, vanligvis gjennom balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- pårørendeperspektivet, med særlig vekt på foreldre til syke barn, samt at eldre, barn og unge og etniske minoriteter er representert
- alminnelige prinsipper for kjønnsmessig representasjon ivaretas
- aldersmessig og geografisk representasjon søkes ivaretatt
- både små og store organisasjoner skal være representert, slik at utvalget totalt sett har en god forankring i en bredde av organisasjoner

5.1. NOMINASJON

FFO, SAFO, Kreftforeningen og organisasjoner som representerer brukere fra virksomheter innen TSB inviteres til å foreslå kandidater. For å ivareta eldres særlige behov inviteres som hovedregel Pensjonistforbundet.

Dersom innkomne forslag ikke tilfredsstiller kriteriene for sammensetning kan andre organisasjoner forespørres.

Det må gjøres kjent at organisasjonene må foreslå flere kandidater enn de kan påregne å få inn i utvalget.

5.2. OPPNEVNING

Styret i helseforetaket oppnevner brukerutvalgets medlemmer, samt leder og nestleder, etter innstilling fra administrerende direktør på grunnlag av innsendte forslag fra pasientorganisasjonene.

God dialog mellom helseforetaket og organisasjonene sikres i nominasjons- og oppnevningsprosessen. Organisasjonene som foreslår kandidater skal oppfordres til å sende informasjon om relevant formal- og realkompetanse. Bakgrunnssjekk gjennom innsendt informasjon og eventuelt intervju danner grunnlaget for utvelgelsen.

5.3. ARBEIDSUTVALG

Det bør etableres arbeidsutvalg på inntil fire personer, minimum bestående av leder og nestleder, som sammen med administrasjonen skal ha særskilt ansvar for å forberede sakslister til utvalgsmøtene, samt sikre brukermedvirkning i aktuelle saker mellom ordinære møter i brukerutvalget. Mandat for arbeidsutvalget utarbeides og vedtas av brukerutvalget.

6. ARBEIDSFORM OG ADMINISTRASJON AV BRUKERUTVALGET

Det skal sikres en god arbeidsform i og tilstrekkelig sekretariatsfunksjon for brukerutvalget.

- A. Brukerutvalgsmøtene ledes av utvalgets leder eller nestleder.
- B. Helseforetaket skal sørge for sekretærfunksjon, og at sakene blir tilstrekkelig opplyst for behandling i brukerutvalget.
- C. Brukerutvalget forelegges rullert oversikt over årsplaner for styret og planleggings- og rapporteringsarbeidet i helseforetaket som grunnlag for egen årsplan.
- D. Brukerutvalgets møter er i utgangspunktet åpne. Det kan besluttes at møtet skal lukkes der det foreligger et saklig behov for dette.
- E. Brukerutvalgets medlemmer og administrasjonen kan foreslå saker til utvalget.
- F. Helseforetaket møter i brukerutvalget med administrerende direktør og/eller administrerende direktørs representant.
- G. Forslag til protokoll godkjennes av møteleder og publiseres umiddelbart på helseforetakets nettside. Protokoll godkjennes i brukerutvalgets påfølgende møte.
- H. Brukerutvalget uttaler seg i media gjennom leder eller annet medlem etter avtale med leder.

7. KOMPETANSE

Det er en forutsetning at representantene har god brukerkompetanse.

Helseforetaket skal ved oppnevning av nytt brukerutvalg gi grunnleggende opplæring om helseforetaket og deres hovedoppgaver, lover og rettigheter, styrings- og finansieringssystem samt klargjøre forventninger til brukerutvalget sin rolle.

8. FORVENTNINGER TIL MEDLEMMER I BRUKERUTVALG

Medlemmer i brukerutvalg skal:

- prioritere møter og andre oppgaver de tar på seg som medlem i brukerutvalget, og sette seg inn i sakene som skal behandles
- bidra til et godt samarbeidsklima i brukerutvalget, og til et godt samarbeid med helseforetaket
- holde kontakt med egen organisasjon og nettverk
- følge helseforetakets etiske retningslinjer
- informere om brukerutvalgets virksomhet

9. HABILITET OG KONFIDENSIALITET

Brukerutvalget er et viktig organ i helseforetaket, og vil i kraft av sin rolle kunne få tilgang til informasjon av sensitiv karakter og kunne påvirke beslutninger som angår andre helseforetak, private aktører og andre interessenter.

Forvaltningslovens regler for habilitet gjelder også for medlemmer i brukerutvalg.

Medlem i brukerutvalg skal ikke samtidig være involvert i virksomheter med forretningsmessige interesser i regionale helseforetak/helseforetak.

Medlem i brukerutvalget skal ikke samtidig være ansatt i samme helseforetak.

Medlem i brukerutvalg skal som hovedregel ikke være medlem i andre brukerutvalg i regionen.

Medlemmer i brukerutvalget undertegner taushetserklæring (vedlegg 2)

10. ØKONOMI

Brukerutvalgets budsjett vedtas av helseforetaket i forbindelse med helseforetakets årlige budsjettbehandling. Det er opp til hver enkelt RHF til å fastsette økonomiske rammer for brukarmedvirkning og godtgjørelse til brukerutvalgene i RHF-et og underliggende HF. Økonomiske rammer og honorering av ungdomsrådene søkes samstemt i hver region, og fastsettes av det enkelte HF.

VEDLEGG 1 – REGIONALE TILPASNINGER I HELSE MIDT-NORGE

Punkt 1: Prinsipp for brukermedvirkning

1C: To representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatør med tale- og forslagsrett. Brukerrepresentantene har plass ved styrebordet.

Punkt 2: Retningslinjer for brukerutvalg

Følgende kulepunkt 4 utgår: Medlemmer skal ikke oppnevnes for mer enn tre perioder, det vil si seks år

VEDLEGG 2 – UTTREKK FRA LOVER OG VEDTEKTER

Uttrekk fra Lov om helseforetak

§34. Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak

Regionalt helseforetak skal hvert år utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder skal det redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Nærmere regler om meldingens innhold og frist for å forelegge den for departementet fastsettes i vedtektene.

§ 35. Pasienters og andre brukeres innflytelse

Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum.

Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Uttrekk fra vedtekter for de regionale helseforetak (likelydende i alle regioner)

§ 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes departementet, jf. § 15. (...)

§ 15 Melding til departementet

Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderings-grunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

VEDLEGG 3 - TAUSHETSERKLÆRING

Taushetserklæring for brukerutvalgets representanter.

Forvaltningslovens taushetspliktsregler gjelder for enhver som ”utfører tjeneste eller arbeid” for et forvaltningsorgan. Det følger av helseforetaksloven § 5 at forvaltningsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet. Det legges til grunn at brukerrepresentanters deltakelse i brukerutvalg m.v. innebærer utførelse av en tjeneste for et helseforetak/regionalt helseforetak, slik at forvaltningslovens taushetspliktsregler kommer til anvendelse.

Det følger av forvaltningsloven § 13 at ”enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

1. noens personlige forhold, eller
2. tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.”

Jeg er oppmerksom på at taushetserklæringen også gjelder etter at jeg har sluttet i brukerutvalget. Jeg er kjent med at overtredelse av disse bestemmelsene kan medføre straffeansvar etter Straffelovens § 121.

I saker der det kan være tvil om i hvilken utstrekning opplysninger og dokumenter kan diskuteres fritt, skal brukerutvalget selv/medlemmet selv ta dette opp med oppdragsgiver.

Undertegnede forplikter seg til å overholde den lovbestemte taushetsplikten om forhold jeg blir kjent med i min tjeneste som brukerrepresentant i brukerutvalget.

Sted/dato

.....

Underskrift

.....

Innledning

I foretaksmøtet 12. januar 2016 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å etablere felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak.

Retningslinjene skal ha bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd. Helseforetak i Midt-Norge fikk oppdraget i styringsdokument for 2016.

Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet disse retningslinjene for å bidra til at helseforetak i regionen får en enhetlig og lik tilnærming i opprettelse av ungdomsråd. Helseforetakene skal med utgangspunkt i retningslinjene utarbeide mandat for ungdomsråd i sitt helseforetak.

Grunnlag

Ungdomsrådets oppgaver bygger på prinsippet om at det er pasientens behov som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, og at brukermedvirkning skal brukes som en kunnskapskilde til forbedring av praksis. Ungdommens brukererfaringer og forslag til tiltak skal systematisk brukes for å forbedre foretakets tilbud til ungdom.

Formål og oppgaver

Ungdomsrådet skal bidra til å sikre god brukermedvirkning for ungdom ved helseforetaket – på ungdommens premisser. Videre skal ungdomsrådet fremme synspunkter og saker som kan bidra til å forbedre pasienttilbudet for unge brukere samt tilbud som blir gitt til ungdom når deres foresatte er pasienter ved helseforetaket.

Ungdomsrådet skal arbeide for å utvikle og opprettholde gode helsetjenester til ungdom. Det skal ha reel innflytelse på system- og tjenestenivå, ved alle relevante enheter i helseforetaket. Ungdomsrådet må bli hørt og inkludert i alle prosesser som omhandler tilbud til unge brukere ved helseforetaket. Arbeidet må tilrettelegges for medlemmene.

Det må være en tett dialog mellom ungdomsråd, brukerutvalg og ledelsen i helseforetaket for å sikre muligheten til å komme med innspill på saker som er av interesse for ungdomsrådet. Ungdomsrådet kan også på eget initiativ drøfte og gi råd i saker som angår tjenestetilbudet til ungdom. Ungdomsrådet må ha anledning til å sette en selvstendig agenda og løfte fram saker som er viktige for unge brukere ved helseforetaket.

Sammensetning og oppnevning

Det er viktig at ungdomsrådet ivaretar et helhetlig brukerperspektiv i ungdomsrådets arbeid, og ikke representerer sær- og/eller personinteresser. Unge brukere må selv kunne få påvirke

hvem som skal representere dem, eksempelvis ved å invitere brukerorganisasjoner for ungdom til å nominere kandidater, eller ved å arrangere en ungdomssamling hvor medlemmene velges. I tillegg bør det legges til rette for rekruttering direkte blant brukere og pårørende.

Ungdomsrådet skal bestå av 7 – 12 medlemmer i alderen 12-25 år fordelt på forskjellige kommuner, pasienter/diagnosegrupper, pasienterfaring og kjønn. Medlemmene skal i størst mulig grad gjenspeile sammensetningen av brukere, og de må være villige til å dele erfaringer.

Styret oppnevner ungdomsråd. Medlemmene velges for 2 år, med mulighet for gjenoppnevning. Det må legges til rette for å supplere rådet ved evt. frafall underveis i rådsperioden.

Rådet konstituerer seg selv og velger leder og nestleder for 1 år

Møtehyppighet/administrasjon

Helseforetaket må sette av egne midler til ungdomsrådets aktivitet.

Rådet møtes minst 4 ganger årlig. Det utvises fleksibilitet og kreativitet i avholdelse av møtene.

Helseforetaket oppnevner en koordinator som bistår ungdomsrådet i praktisk tilrettelegging. Leder og nestleder i ungdomsrådet planlegger møtene sammen med koordinatoren.

Koordinaten kaller inn til møtene. Det føres referat fra møtene og koordinatoren sørger for at disse distribueres til styret, brukerutvalg og ledelse i foretaket.

Opplæring

Opplæringen av ungdomsrådet må være tilpasset ungdom, både med tanke på form, tidspunkt og sted.

Ungdomsrådets medlemmer må få anledning til å bli kjent med, og bli trygge på hverandre. Det er en forutsetning for gode prosesser at ungdomsrådets medlemmer er godt kjent med hverandre og trygge på sin rolle.

Administrasjonen må sørge for at ungdomsrådets medlemmer får opplæring i sin rolle og mulighet for påvirkning.

Honorering

Arbeid i ungdomsråd honoreres etter enhver tids gjeldende retningslinje for honorering for brukerutvalg.

Andre bestemmelser

Ungdomsrådet må være tilgjengelige for unge brukere. Nettsider og sosiale medier vil være en viktig kanal for medvirkning.

Ungdomsrådet utarbeider årsplan og avgir årsrapport hvert år. Årsrapport legges fram for styret sammen med Årlig melding.

Mandat og arbeidsform for ungdomsrådet skal evalueres og evt. revideres i forkant av oppnevning av nye medlemmer.

VEDLEGG 5 – VEILEDER FOR BRUKERMEDVIRKNING I FORSKNING – HELSE MIDT-NORGE RHF

Bakgrunn og formål

Brukermedvirkning vil si at brukerne har innflytelse på helsetjenesten og utforming av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning er lovfestet i spesialisthelsetjenesten, jf. [helseforetakslovens § 35](#), og brukermedvirkning i forskning er et krav fra myndighetene.

Det er vedtatt [nasjonale retningslinjer](#) for brukermedvirkning i forskning.

Formålet med brukermedvirkning i forskning

Formålet med brukermedvirkning i forskning er å forbedre helsetjenesten. Brukermedvirkning er et virkemiddel og en arbeidsform. Gjennom planlegging og tilrettelegging skal representanter fra pasient- og brukerorganisasjoner og brukerutvalg kunne bidra med:

- Brukererfaring/pasienterfaring
- erfaring fra pårørende
- å belyse utfordringer
- kunnskap fra enkeltpersoner og organisasjoner
- å delta i prosjekter

Om veilederen og kravene til brukermedvirkning i helseforskning

Både de nasjonale retningslinjene og denne regionale veilederen for brukermedvirkning i helseforskning gjelder for forskningsprosjekter i Helse Midt-Norge, uavhengig av finansieringskilde.

Forskerne må derfor ta stilling til hva slags brukermedvirkning som egner seg til det aktuelle prosjektet og beskrive hvordan brukermedvirkningen vil bli gjennomført.

Informasjon til forskere

Hvordan kan brukermedvirkning foregå?

Brukermedvirkning kan foregå på mange ulike måter. Det er krav til at brukermedvirkningen skal beskrives i forskningsprotokoll. Hvis man har et prosjekt hvor man mener at det ikke er relevant med brukermedvirkning, må det begrunnes hvorfor.

Brukermedvirkning i helseforskning kan være å:

1. ha synspunkter på prosjekter når det gjelder:
 - a. organisering
 - b. målsettinger
 - c. informasjon
 - d. styring
 - e. finansiering

- f. gjennomføring
- 2. medvirke i:
 - a. styringsgrupper
 - b. referansegrupper
 - c. arbeidsgrupper
- 3. bidra som prosjektdeltaker

Brukerrepresentanter under punkt 1-2 bør være oppnevnt eller foreslått av organisasjoner eller brukerutvalg (som tillitsvalgte).

Brukere under punkt 3 vil ofte være personer med kunnskap og erfaring fra det aktuelle fagområdet og ikke nødvendigvis være foreslått fra en organisasjon. Vedkommende kan være tatt inn som deltaker uten å representere en organisasjon som tillitsvalgt.

Er det kostnader ved brukermedvirkning?

Det må påregnes kostnader ved brukermedvirkning i helseforskning. Forskerne må budsjettere alle kostnader i det planlagte prosjektet, inkludert kostnader knyttet til brukermedvirkning.

Helse Midt-Norge har regionale satser for brukermedvirkning som legges til grunn for budsjettering av utgifter.

Hvordan kan man finne aktuelle brukere?

Forskeren må vurdere hvilken type brukermedvirkning som passer best til det aktuelle prosjektet. I det følgende skisseres ulike scenarier og forslag til brukerkontakt.

Forskningsprosjektet har en tydelig målgruppe:

Dersom forskningsprosjektet har en tydelig definert målgruppe er det mest hensiktsmessig å ta kontakt med en aktuell organisasjon.

Noen eksempler:

Kreftprosjekt – kan ta kontakt med [Kreftforeningen](#)

KOLS – kan ta kontakt med [LHL](#)

Allergiprojekt - kan ta kontakt med [Astma- og allergiforbundet](#)

Tommelfingerregelen er å ta kontakt med en brukerorganisasjon som er nært knyttet til det feltet man skal forske på. Se mer informasjon på helsenorge.no.

Forskningsprosjektet har mer allmenne problemstillinger:

Dersom prosjektet har mer allmenngyldige problemstillinger som helsetjenesteforskning, f.eks. utvikling av DMS, eller nytte/kostnadsstudier, kontaktes helseforetakets brukerutvalg eller en

paraplyorganisasjon som Funksjonshemmedes fellesorganisasjon ([FFO](#)) og Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner ([SAFO](#)).

Hvis for eksempel prosjektet skal foregå i Møre og Romsdal, bør man ta kontakt med brukerutvalget i Møre og Romsdal. Hvis det er et regionalt prosjekt, kan man ta kontakt med det regionale brukerutvalget ([RBU](#)).

Forskeren er i tvil om hvilken type brukervedvirkning som er egnet

Dersom forskeren er usikker på hvilken type brukervedvirkning som er egnet, vurder følgende:

- a) Kontakte brukerrepresentanten i forskningsutvalget på sykehuset/helseforetaket. Ved behov kan brukerrepresentant ta kontakt med eget brukerutvalg.
- b) Kontakte brukerutvalget i klinikken. Utvalget kan ved behov ta kontakt med en brukerorganisasjon.
- c) Brukerutvalget ved helseforetaket; som ved behov kan ta kontakt med Regionalt brukerutvalg (RBU).

Informasjon til brukere

Med brukere forstår vi pasienter, pårørende, brukerrepresentanter og organisasjoner.

Brukermedvirkning i helseforskning kan være å:

1. ha synspunkter på:
 - a. økonomiske rammer
 - b. prioritering av fagområder
 - c. kriterier for tildeling
 - d. utlysningstekster
 - e. utvelgelse av forskningsprosjekter
 - f. evaluering av forskningsprosjekter
 - g. publisering og kunngjøring av resultater
 - h. implementering av resultater
2. ha synspunkter på prosjekter når det gjelder:
 - a. organisering
 - b. målsettinger
 - c. informasjon
 - d. styring
 - e. finansiering
 - f. gjennomføring
3. medvirke i:
 - a. styringsgrupper
 - b. referansegrupper
 - c. arbeidsgrupper

4. bidra som prosjektdeltaker

Brukerrepresentanter under pkt. 1-3 bør være oppnevnt eller foreslått av organisasjoner eller brukerutvalg (tillitsvalgte).

Formålet med brukermedvirkning i forskning er beskrevet nærmere over. Brukermedvirkning skal være et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre helsetjenestene, og på samme måte skal brukermedvirkning i forskning bidra til at forskningen er relevant og basert på pasientenes behov. Brukerne kan ha meninger om det som skal gjøres og bidra til forskningen underveis i prosessen.

En brukerrepresentant uttaler seg på vegne av en bestemt gruppe eller interesseorganisasjon. Gjennom å tilføre brukernes perspektiv i forskningen, bidrar brukerrepresentanten til å hjelpe andre i samme situasjon. Det finnes ulike former for brukermedvirkning, og gjennom brukermedvirkning i forskningsprosjekter skal brukerne ha innflytelse på hva det forskes på.

Brukermedvirkning er særlig aktuelt i kliniske studier og i helsetjenesteforskning.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 20/2017 Andre orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	6. mars 2017	20/ 2017
Saksbeh:		
Arkivkode:		
Saksmappe:	2017/758	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:**Sak 20/2017 Orienteringssaker****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 09.02. og 22.02.17
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 20.02.17
3. Årsrapport 2016 fra Pasient og brukerombudet
4. Rapport fra tilsyn Fylkesmannen i N-T – Landsomfattende tilsyn (LOT) – gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis i akuttmodtak – Sykehuset Levanger
5. Samlerapport fra systemtilsyn – Psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker 2016 – BUP Namsos
6. Overbelegg medisinske sengeposter

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 9. februar 2017 kl. 10.15 - 17.25

Møtested: Quality Airport Hotell Værnes

Saksnr.: 01/17 – 15/17

Arkivsaksnr.: 17/3

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Ivar Østrem

Brit Tove Welde

Vigdis Harsvik

Ellen Wøhni

John Olav Berdahl (vararepresentant)

Forfall:

Randulf Søberg

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Lisbeth Nygård

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Kst. direktør for stab og prosjektstyring Mette Nilstad

Direktør for samhandling Daniel Haga

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Kst. direktør for helsefag Henrik A. Sandbu

Direktør for eierstyring Jan Eirik Thoresen

Rådgiver Nina M. Pedersen

Internrevisjonssjef Jørgen Midtlyng

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 02.02.17. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av saken 03/17 lagt ut i styreadministrasjonen. Fredag 03.02.17 ble sak 03/17 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.12.16 lagt ut i styreadministrasjonen.

I tillegg ble protokoller fra følgende møter i Styrets revisjonsutvalg lagt ut:

- 15. april 2016
- 15. juni 2016
- 12. oktober 2016
- 1. desember 2016
- 13. januar 2017

Mandag 06.02.17 ble drøftingsprotokoll til sak 05/17 lagt ut i styreadministrasjonen.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 06.02.17
- Forslag til nytt vedtak i sak 03/17

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Sak 01/17 Referatsaker

- Møte i Regionalt brukerutvalg 06.02.17
- Brev fra ordførere i Nordmøre og Romsdal datert 201216 « Barneavdeling ved Kristiansund sykehus, og framtidig sykehus tilbud for barn i Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)
- Protokoll fra møte i Styrets revisjonsutvalg 15. april 2016
- Protokoll fra møte i Styrets revisjonsutvalg 15. juni 2016
- Protokoll fra møte i Styrets revisjonsutvalg 12. oktober 2016
- Protokoll fra møte i Styrets revisjonsutvalg 1. desember 2016
- Protokoll fra møte i Styrets revisjonsutvalg 13. januar 2017

Sak 02/17 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 30.11.16

Forslag til vedtak:

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 30.11.2016 til etterretning

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 30.11.2016 til etterretning

Sak 03/17 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.12.16

Nytt forslag til vedtak ble lagt fram i møtet av administrasjonen

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse-Midt-Norge RHF vedtar nytt resultatmål for foretaksgruppen for 2016 i henhold til tabell under, jf etablert ordning med korrigering av resultatmål ut fra endring i pensjonskostnad og pensjonspremie:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	APO	RHF	TOV	Hemit	SUM HMN
Revidert resultat 2016	240 000	69 000	70 000	7 000	34 500	4 700	-68 500	356 700
Endring i resultat	-47 000	-33 800	-16 400	-200	-500	-200	-800	-98 900
Endelig resultatkrav 2016	193 000	35 200	53 600	6 800	34 000	4 500	-69 300	257 800

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 31.12.2016 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse-Midt-Norge RHF vedtar nytt resultatmål for foretaksgruppen for 2016 i henhold til tabell under, jf etablert ordning med korrigering av resultatmål ut fra endring i pensjonskostnad og pensjonspremie:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	APO	RHF	TOV	Hemit	SUM HMN
Revidert resultat 2016	240 000	69 000	70 000	7 000	34 500	4 700	-68 500	356 700
Endring i resultat	-47 000	-33 800	-16 400	-200	-500	-200	-800	-98 900
Endelig resultatkrav 2016	193 000	35 200	53 600	6 800	34 000	4 500	-69 300	257 800

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 31.12.2016 til etterretning.

Sak 04/17 Lånesøknad Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar å søke Helse og Omsorgsdepartementet om lån tilsvarende 70% av 4 800 mill kr (P85) (2016-kr) til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal.
2. Bruk av ramme utover P70 skal forankres i styret i HMN RHF
3. Styret vedtar å tildele Helse Møre og Romsdal et regionalt lån på 115 mill kr til gjennomføring av forprosjektfase til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal.

Protokoll

Styreleder Ola H. Strand fremmet følgende forslag til tillegg i pkt 1:

Styret presiserer at investeringsrammen for prosjektet (P50) er som tidligere vedtatt 4,110 mrd kroner

Det ble stemt over alle punkter samlet og disse ble enstemmig vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar å søke Helse og Omsorgsdepartementet om lån tilsvarende 70% av 4 800 mill kr (P85) (2016-kr) til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Styret presiserer at investeringsrammen for prosjektet (P50) er som tidligere vedtatt 4,110 mrd kroner
2. Bruk av ramme utover P70 skal forankres i styret i HMN RHF
3. Styret vedtar å tildele Helse Møre og Romsdal et regionalt lån på 115 mill kr til gjennomføring av forprosjektfase til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal.

Sak 05/17 Resultat og investeringsbudsjett 2017

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar følgende budsjetterte resultat for foretaksgruppen:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	APØ	RHF	TOV	Hemit	HMN
Budsjetterte resultat 2017	152 000	0	60 000	4 545	2 000	2 820	0	221 365

2. St. Olavs Hospital HF tildeles 4, 498 mill kr i midler til resultatbasert forskning i 2017 knyttet til ubrukte midler fra tidligere år.

3. Styret vedtar et investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2017 i henhold til tabell:

Investeringer (tall i tusen kr)	2017
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)	115 000
PH Østmarka Nybygg	92 701
Psykiatribygg Levanger	90 000
Tiltak ved Molde Sjukehus	15 000
Øvrige investeringer bygg	144 691
IKT investeringer	272 223
MTU	208 400
Forsering av vedlikeholdsinvesteringer - tiltakspakke	15 000
Annet (inventar + tr.biler)	16 500
Sum	969 515

4. Styret ber om at helseforetakene avdekker alle risikoområder for å nå resultatkravet og styrer virksomheten innenfor sitt økonomiske handlingsrom. Foretakene må sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og med tydelig ansvarlig leder på laveste nivå

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar følgende budsjetterte resultat for foretaksgruppen:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	APO	RHF	TOV	Hemit	HMN
Budsjettert resultat 2017	152 000	0	60 000	4 545	2 000	2 820	0	221 365

2. St. Olavs Hospital HF tildeles 4, 498 mill kr i midler til resultatbasert forskning i 2017 knyttet til ubrukte midler fra tidligere år.
3. Styret vedtar et investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2017 i henhold til tabell:

Investeringer (tall i tusen kr)	2017
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)	115 000
PH Østmarka Nybygg	92 701
Psykiatribygg Levanger	90 000
Tiltak ved Molde Sjukehus	15 000
Øvrige investeringer bygg	144 691
IKT investeringer	272 223
MTU	208 400
Forsering av vedlikeholdsinvesteringer - tiltakspakke	15 000
Annet (inventar + tr.biler)	16 500
Sum	969 515

4. Styret ber om at helseforetakene avdekker alle risikoområder for å nå resultatkravet og styrer virksomheten innenfor sitt økonomiske handlingsrom. Foretakene må sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og med tydelig ansvarlig leder på laveste nivå

Sak 06/17 Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak, med vedlegg om regionale tilpasninger.
2. Helseforetakene gis i styringsdokumentene for 2017 krav om å implementere retningslinjene.
3. Styret ber adm. direktør om å følge opp retningslinjene, og at de økonomiske rammene for brukermedvirkning vurderes i budsjettprosessen i årene fremover.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak, med vedlegg om regionale tilpasninger.
2. Helseforetakene gis i styringsdokumentene for 2017 krav om å implementere retningslinjene.
3. Styret ber adm. direktør om å følge opp retningslinjene, og at de økonomiske rammene for brukermedvirkning vurderes i budsjettprosessen i årene fremover.

Sak 07/17 Årlig gjennomgang av styrende dokumenter for Styret i Helse Midt-Norge RHF

Forslag til vedtak:

1. Ved årlig gjennomgang av styrende dokumenter for Helse Midt-Norge har styret i Helse Midt-Norge RHF fattet følgende vedtak

Styreinstruks for styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endring
Instruks for administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes
Instruks for internrevisjonen i Helse Midt-Norge	Stadfestes med fremlagte forslag til endring
Instruks for styrets revisjonsutvalg Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endring
Instruks for godtgjøringsutvalget i Hele Midt-Norge RHF	Stadfestes
Samlet oversikt over oppgaver og tilhørende myndighet for foretaksmøtet, styret og daglig leder i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes
Etiske retningslinjer Helse Midt-Norge	Stadfestes
Retningslinjer for intern varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold i helseforetakene i Helse Midt-Norge	Stadfestes
Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge	Stadfestes
Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukervedvirkning på systemnivå	
Reglement bygge- og eiendomsvirksomheten for Helse Midt-Norge	Stadfestes med fremlagte forslag til endring

2. Øvrige styrende dokumenter framlagt for Styret i Helse Midt-Norge RHF tas til etterretning

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Ved årlig gjennomgang av styrende dokumenter for Helse Midt-Norge har styret i Helse Midt-Norge RHF fattet følgende vedtak

Styreinstruks for styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endring
Instruks for administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes
Instruks for internrevisjonen i Helse Midt-Norge	Stadfestes med fremlagte forslag til endring
Instruks for styrets revisjonsutvalg Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endring
Instruks for godtgjøringsutvalget i Hele Midt-Norge RHF	Stadfestes
Samlet oversikt over oppgaver og tilhørende myndighet for foretaksmøtet, styret og daglig	Stadfestes

leder i Helse Midt-Norge RHF	
Etiske retningslinjer Helse Midt-Norge	Stadfestes
Retningslinjer for intern varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold i helseforetakene i Helse Midt-Norge	Stadfestes
Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge	Stadfestes
Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå	
Reglement bygge- og eiendomsvirksomheten for Helse Midt-Norge	Stadfestes med fremlagte forslag til endring

2. Øvrige styrende dokumenter fremlagt for Styret i Helse Midt-Norge RHF tas til etterretning

Sak 08/17 Oppfølging av oppdragsdokument 2017 og protokoll fra foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2017

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet 2017 og protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2017 til orientering.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar administrerende direktørs oppfølgingsregime til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet 2017 og protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2017 til orientering.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar administrerende direktørs oppfølgingsregime til orientering.

Sak 09/17 «Styringskrav og rammer 2017» til helseforetakene i Midt-Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2017 for Helse Møre og Romsdal HF» i henhold til vedlegg 1.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2017 for Helse Nord-Trøndelag HF» i henhold til vedlegg 2.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2017 for St. Olavs Hospital HF» i henhold til vedlegg 3.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2017 for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF» i henhold til vedlegg 4.
5. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i Styringskrav og rammer 2017 for helseforetakene.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2017 for Helse Møre og Romsdal HF» i henhold til vedlegg 1.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2017 for Helse Nord-Trøndelag HF» i henhold til vedlegg 2.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2017 for St. Olavs Hospital HF» i henhold til vedlegg 3.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2017 for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF» i henhold til vedlegg 4.
5. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i Styringskrav og rammer 2017 for helseforetakene.

Sak 10/17 Stifting av Luftambulansetjenesten HF

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar å stifte Luftambulansetjenesten HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Det regionale helseforetakets administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 prosent i Luftambulansetjenesten HF, mens Helse SørØst RHF skal ha en eierandel på 40 %.
3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (selskapets eiendeler).
4. Opprettelsen av Luftambulansetjenesten HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar å stifte Luftambulansetjenesten HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Det regionale helseforetakets administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 prosent i Luftambulansetjenesten HF, mens Helse SørØst RHF skal ha en eierandel på 40 %.
3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (selskapets eiendeler).
4. Opprettelsen av Luftambulansetjenesten HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket

vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

Representantene valgt blant ansatte Ellen Wøhni, Ivar Østrem og John Olav Berdahl ba om følgende protokolltilførsel/stemmeforklaring:

I forbindelse med omgjøring av den selskapsrettslige statusen til Pasientreiser og Luftambulansetjenesten og det økende antallet nasjonale selskapsdannelser i spesialisthelsetjenesten, mener vi det er et behov for en helhetlig gjennomgang av hvordan medbestemmelse skal ivaretas når de regionale helseforetakene samordner seg for å løse felles oppgaver og der de eier virksomheten sammen

Sak 11/17 Stifting av Pasientreiser HF

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar å stifte Pasientreiser HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Det regionale helseforetakets administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 prosent i Pasientreiser HF, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en eierandel på 40 %.
3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (selskapets eiendeler).
4. Opprettelsen av Pasientreiser HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar å stifte Pasientreiser HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Det regionale helseforetakets administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF skal ha en eierandel på 20 prosent i Pasientreiser HF, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en eierandel på 40 %.

3. Som ledd i stiftelsen skyter hver av eierne (de fire regionale helseforetak) inn sin andel av selskapet Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (selskapets eiendeler).

4. Opprettelsen av Pasientreiser HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet

Representantene valgt blant ansatte Ellen Wøhni, Ivar Østrem og John Olav Berdahl ba om følgende protokolltilførsel/stemmeforklaring:

I forbindelse med omgjøring av den selskapsrettslige statusen til Pasientreiser og Luftambulansetjenesten og det økende antallet nasjonale selskapsdannelser i spesialisthelsetjenesten, mener vi det er et behov for en helhetlig gjennomgang av hvordan medbestemmelse skal ivaretas når de regionale helseforetakene samordner seg for å løse felles oppgaver og der de eier virksomheten sammen

Sak 12/17 Temasak – Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten (NOU 2016:25) – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover

Orientering og drøfting vedr. høringsvar til "Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten (NOU 2016:25) – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover"

Det er planlagt et styremøte (på telefon) 22. februar 17.

Sak 13/17 Orienteringssaker

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering

I styremøte 09.02.17 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Helseplattformen – status
- KPIer 2017
- Statusrapport Innovasjon 2016
- Riktig og redusert bruk av tvang i psykisk helsevern
- Compliancefunksjon ved Helse Midt-Norge RHF
- IKT sikkerhet (Informasjon som er gradert som fortrolig etter Beskyttelsesinstruksens § 2 ble gitt og styret vedtok derfor å lukke møtet etter Helseforetaksloven § 26a, 1. ledd – lovbestemt taushetsplikt).

Sak 14/17 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 15/17 Godkjenning og signering av protokoller

Protokoll ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 09.02.17

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Brit Tove Welde

Randulf Søberg

Ellen Wøbni

Ivar Østrem

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 22. februar 2017 kl. 19.00 - 20.15

Møtested: Telefonmøte

Saksnr.: 16/17 – 18/17

Arkivsaksnr.: 17/110

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Tore Kristiansen

Ivar Østrem

Brit Tove Welde

Vigdis Harsvik

Ellen Wøhni

Randulf Søberg

Forfall:

Liv Stette

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl

Kst. direktør for stab og prosjektstyring Rita Bjørgan Holand (referent)

Kst. direktør for stab og prosjektstyring Mette Nilstad

Direktør for samhandling Daniel Haga

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Kst. direktør for helsefag Henrik A. Sandbu

Seniorrådgiver Gunn Fredriksen

Internrevisjonssjef Jørgen Midtlyng

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 15.02.17. Saksdokumentene til møtet ble lagt ut i styreadministrasjonen fredag 17.02.17.

Møtet ble avviklet som telefonmøte, med egen kode for de som ønsket å lytte til møtet.

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Sak 16/17 Høring - NOU 2016:25 - Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Forslag til vedtak:

Styret slutter seg til utkast til høringsuttalelse til NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, med de endringer som fremkommer i møte.

Protokoll

Forslag til vedtak ble vedtatt mot 3 stemmer (Ellen Wøhni, Ivar Østrem og Randulf Søberg)

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret slutter seg til utkast til høringsuttalelse til NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, med de endringer som fremkommer i møte.

Stemmeforklaring fra:

Ivar Østrem, Ellen Wøhni og Randulf Søberg

Undertegnede mener NOU 2016 – 25 "Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten" ikke tar for seg de faktiske utfordringer spesialisthelsetjenesten står oppe i. Spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver - pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring - er i tillegg lite berørt i utredningen.

Utredningen bærer preg av at organiseringen betraktes fra toppen av hierarkiet, mens betraktning fra pasient, behandler eller siste ledds leder mangler. (FAFO rapport 2012:57; Ti år etter; «Ledere på seksjons- eller avdelingsnivå rapporterte negative erfaringer, kun 2 % av lederne på disse nivåene sa seg helt enig i påstanden "Alt i alt vil jeg si at helseforetaksreformen har vært vellykket"» og Legeforeningens rapport 2016; Mellom politikk og administrasjon).

Kvinnslandsutvalgets utredning gir ikke svar på om det foreligger et problem og hva som evt. problemet er. På den måten får man heller ikke vite noe om hva som kunne være løsningen på problemet og videre hva som kunne være målet. De konkrete spørsmål som ble oppspilt i mandatet er i liten grad drøftet og i alle fall ikke skriftliggjort i rapporten.

Rapporter fra SINTEF, Helsetilsynet, Riksrevisjonen, Helsedirektoratet, Legeforeningen o. a. samt mange saker i media (sist psykiatri og tvang – VG) viser betydelig utfordringer og svikt i styringssystemet og benyttes i overraskende liten grad i Kvinnslands-utredningen. Situasjonen i sykehusene i dag er alvorlig og vanskelig. Sykehus er en meget betydelig risikobedrift hvor svikt får store konsekvenser for pasientene som rammes og ingen konsekvens for beslutningstakere. Ansvarsforhold burde være tydelige og klare, slik de er i andre risikovirksomheter. I spesialisthelsetjenesten er de ikke det i dag. Man burde sett tydeliggjøring av sikkerhet og ansvar; lange beslutningslinjer må reduseres og likedan må maktkonsentrasjon reduseres. Ledelse som støttefunksjon bør fokuseres, i tråd med det statsråd Høie sa

til avslutning av årets sykehustale. FAFO rapport 2016:33 gir i tillegg klare indisier på at belastningen ved å si i fra for ansatte er blitt for høy. Dette høyner risikobildet ytterligere i sykehusene. Arbeidet for en åpenhetskultur er viktig og må både prioriteres og fokuseres. Sykehus-organisasjonene selv synes ikke å ha god oversikt over behandlingssystemet og tilrettelegging av behandlingstilbudet. Det er med andre ord diskrepans mellom det som står i utredningen og dokumentasjon av virkeligheten i sykehusene.

Man bør ikke endre organisering av spesialisthelsetjeneste uten at man er rimelig sikker på at endring fører til forbedring, sies det i oppsummering i høringsutkastet. Dette kan man fullt ut slutte seg til, men dagens modell er ikke velfungerende, slik Kvinnslands-utredningen og utkast til høringsuttalelse fra HMN RHF hevder. Det er nødvendig med retningsangivelse angående forbedring av dagens modell og utredning av alternative modeller. Hele helsetjenesten står overfor betydelige utfordringer i kommende desennier; grensesnittet spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste bør derfor også vektlegges i ny utredning.

Styresak 16/17 gir ingen klar retning for forbedring av eksisterende modell og gir heller ikke insitament til ytterligere analyse og initiativ til ny utredning. Vi tre ansatterepresentanter i HMN-styret kan derfor ikke stemme for utkast til høring

Sak 17/17 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 18/17 Godkjenning og signering av protokoller

Protokoll blir godkjent og signert i neste styremøte.

Stjørdal 22.02.17

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdís Harsvik

Brit Tove Welde

Randulf Søberg

Ellen Wøbni

Ivar Østrem

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 20.02.2017 kl. 11.00 – 15.10
Møtested: Quality Grand hotell, Steinkjer
Saksnr.: 01/2017 – 08/2017
Arkivsaksnr: 2017/519

Møteleder: Hildur Fallmyr

Disse møtte:
Mona B. Lersveen
Terje Veimo
Unni Kristiansen
Karl John Amdahl
Hildur Fallmyr
Olav Malmo (1. vara)

Forfall:
Hilde Tyldum Stordahl og Steinar Mikalsen

Fra administrasjonen:	
Adm. direktør	Torbjørn Aas
Senterleder	Stein Erik Breivikås
Kommunikasjonssjef	Svein H. Karlsen

Merknad til innkalling, møte og sakliste:
Utvalgets formøte ble gjennomført fra kl. 1030 til 1100.
Innkalling og dokumenter ble sendt via e-post 13. februar 2017.
Ekstranett ble oppdatert 14. februar 2017.

Sak 01/2016 Godkjenning av protokoll fra møte 30.11.2016

Protokoll

Leder viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møtet 30.11.2016 godkjennes.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Sak 02/20167 Møteplan 2017 - Temasaker 2017

Protokoll

Brukerutvalget har drøftet saken i flere runder, og utvalget er fornøyd med at forslaget tar hensyn til at utvalget gjennomfører sine møter cirka en uke i forkant av styremøtene i Helse Nord-Trøndelag.

Vedtak

Brukerutvalget vedtar forslaget til møteplan for 2017.

Sak 03/2017 Årlig melding

Protokoll

Adm. direktør Torbjørn Aas gikk kort gjennom hovedpunktene i den årlige rapporteringen til Helse Midt-Norge. Meldinga følger en fast mal, der brukermedvirkning ikke inngår i malen, men Helse Nord-Trøndelag har valgt å ta med et eget kapittel om dette - for å synliggjøre at helseforetaket mener brukermedvirkning er viktig.

I sin gjennomgang oppsummerte direktøren de oppnådde resultater, blant annet redusert ventetid og gode tilbakemeldinger i den nasjonale pasientundersøkelsen. I forhold til uløste utfordringer trekker Årlig melding frem flere uløste bygningsmessige utfordringer, blant annet ved dialyseavdelingen ved Sykehuset Levanger i tillegg til øvrige uoppnådde mål. I tillegg påpeker Helse Nord-Trøndelag at det er behov for å etablere en bærekraftig økonomi, spesielt etter et krevende økonomisk år i 2016.

Brukerutvalget påpekte at dialysetilbudet ved begge sykehus også har utfordringer knyttet til taushetsplikten, slik tilsynet i 2016 påpekte, og anbefaler at dette blir synliggjort i Årlig melding.

Vedtak i møtet

Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag tar administrasjonens forslag til Årlige melding 2016 til etterretning.

Brukerutvalget mener at framlagt forslag til tekst under punkt 1.3, «Brukermedvirkning i Helse Nord-Trøndelag», er dekkende for utvalgets funksjon og aktivitet i 2016. Utvalget ber om at Årlig melding oppdateres med denne teksten, og inngår i helseforetaket rapport som legges fram for styrebehandling 22. februar 2017.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 04/2017 Kirurgisk akuttberedskap, delrapport Strategisk utviklingsplan

Protokoll

Kommunikasjonssjef Svein H. Karlsen presenterte hovedfunnene i arbeidsutvalgets arbeid, og anbefalingene utvalget har gitt i sin rapport. Utvalget anbefaler i korte trekk at begge sykehus skal ha akutfunksjon og at det må vektlegges samarbeid, videreutvikling og erfaringsdeling på tvers av alle tre sykehusene i Trøndelag.

Vedtak

Brukerutvalget anbefaler at den fremlagte rapporten for kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord-Trøndelag legges til grunn for det videre arbeid med å styrke og videreutvikle akuttkirurgisk beredskap ved begge våre sykehus, og at anbefalinger og tiltak følges opp i arbeidet med Strategisk utviklingsplan. Brukerutvalget understreker viktigheten av å vektlegge kompetanse og kvalitet i arbeidet med å videreutvikle stedlig akuttberedskap, som samlet er svært viktig for innbyggernes trygghet.

Sak 05/2017 Kvinnsland-rapporten - høring

Protokoll

Adm. direktør Torbjørn Aas gikk gjennom hovedtrekkene i Kvinnslandsutvalgets avlagte rapport. Utvalget går inn for at Staten fortsatt skal eie sykehusene, kombinert med flere ulike modeller for nasjonal sykehusdrift. I flertallsforslaget foreslås det at det lokale styret fjernes, og at det regionale nivået vil få styringsansvar for alle sykehus i Helse Midt-Norge.

Administrasjon i Helse Nord-Trøndelag anbefaler at dagens modell med lokalt styre og lokal involvering beholdes, og at det regionale nivået bør ha fokus på sørge-for-ansvaret framfor detaljstyring av det lokale helseforetaket.

Vedtak

Brukerutvalget tar adm. direktørs informasjon til orientering og signaliserer at modell 4a er den foretrukne modell for å opprettholde nærhet til brukere og pårørende. Utvalget beslutter at leder og nestleder gis fullmakt til å utforme utvalgets høringssvar, som sendes ut på høring til utvalget før høringssvaret avleveres innen fristen 3. mars 2017.

Sak 06/2017 Ungdomsråd - mandat

Protokoll

Kommunikasjonssjef Svein H. Karlsen informerte om arbeidet som er gjennomført med tanke på oppnevning av ungdomsråd i Helse Nord-Trøndelag. I tillegg ble det kort gått gjennom forslaget til mandat, som er tenkt lagt fram for styrebehandling 6. mars 2017.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Brukerutvalget signaliserte at flere organisasjoner må involveres med tanke på å oppnevne ungdomsråd. Utvalget mener at det i denne runden bør settes en nedre aldersgrense på 15 år. Mandatet bør justeres i tråd med dette.

Vedtak

Brukerutvalget tar orienteringen om oppnevning av ungdomsråd til etterretning. Utvalget ber om at administrasjonen tar hensyn til Brukerutvalgets synspunkter og innspill, og justerer mandatet før dette legges fram for styret til endelig godkjenning.

Sak 07/2017 Orienteringer

1. *Informasjon fra regionalt møte for brukerutvalgene i Helse Midt-Norge*
 - *Terje Veimo og Olav Malmo orienterte om møtet som ble gjennomført 16. november 2016. Referat fra møtet sendes ut til utvalget.*
2. *Oppnevning brukermedvirkning*
 - *Brukerutvalget har siden forrige møte oppnevnt fire brukerrepresentanter.*
3. *Revidert budsjett og langtidsbudsjett*
 - *Adm.direktør orienterte om vedtatt budsjett og langtidsbudsjett.*
4. *Samhandling psykiatri Ytre Namdal*
 - *Adm.direktør orienterte om møtet 18.1. og videre oppfølging.*
5. *Pasientorientert organisering, fase 2*
 - *Adm.direktør orienterte om det pågående arbeidet og oppstart av fase 2.*
6. *Andre orienteringer*
 - *Nye satser for brukermedvirkning foreligger og er gjeldene fra 1.1.2017.*

Vedtak

Brukerutvalget tar sakene til orientering.

Sak 08/2017 Eventuelt

Protokoll

Fungerende møteleder orienterte om mottatt pasienthenvendelse vedrørende transport til og fra sykehus. Brukerutvalget er kjent med at dette er et tilbakevendende tema, og ber om at den aktuelle saken tas tak i og håndteres av administrasjon. I tillegg ber utvalget om at ansvarlig for Pasientreiser gir utvalget en statusorientering knyttet til overgang fra MediTrans til drosjer, og generelt hvordan Pasientreiser håndterer transportbestillinger – spesielt når det oppleves at behov pasient mener ha ikke samsvarer med valgt løsning.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

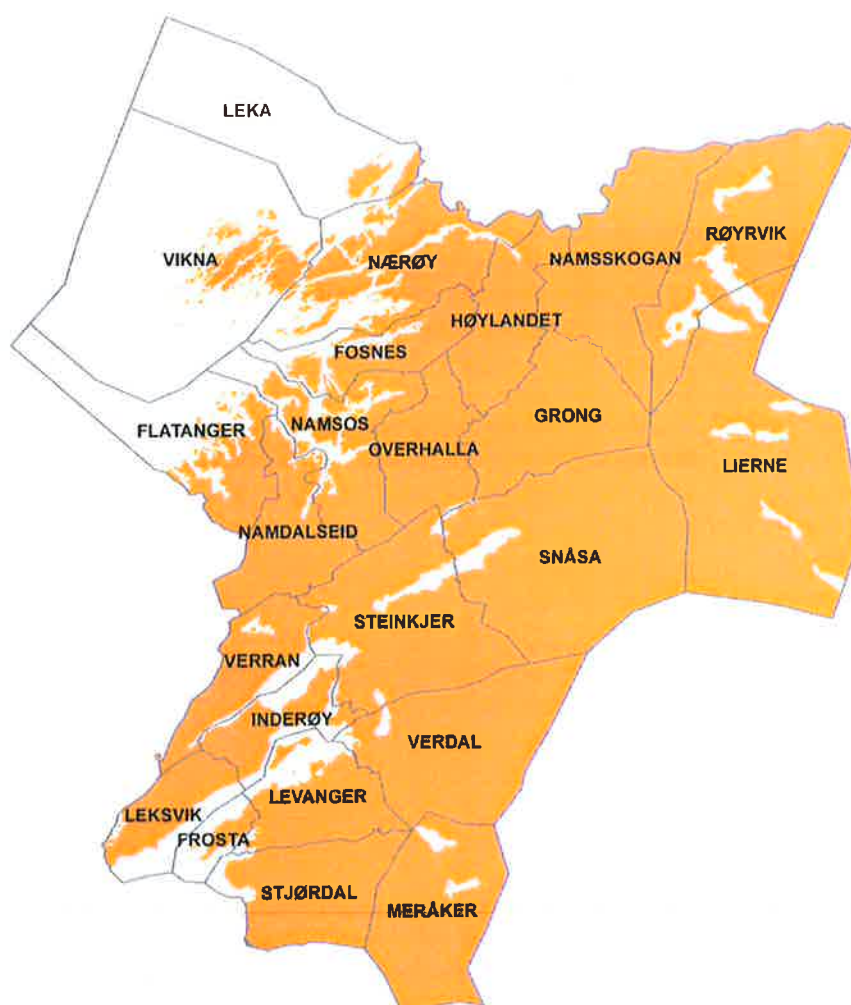
Administrasjon bes sette Pasientreiser på dagsorden i et kommende Brukerutvalgsmøte med formål om å gi en statusorientering knyttet til overgang fra MediTrans til drosjer, og generelt hvordan Pasientreiser håndterer saker som resulterer i klager.

Tillegg under Eventuelt

Brukerutvalget tok i tillegg opp følgende momenter administrasjon bes ta stilling til og/eller sette på dagsorden i kommende møter i samråd med utvalgets leder:

- **Større dokumenter** - flere i utvalget er tilhenger av papirversjon. Kan administrasjon vurdere om det er mulig å sende medlemmene(eksempelvis NOU – rapporter m.m.) slike dokumenter i papirformat?
- **Pasientforløp/Pakkeforløp** - flere begrep benyttes, hvilke pasientrettigheter er gjeldene i forhold til de ulike forløp? Utvalget ønsker informasjon, og hvordan HNT står i forhold til pakkeforløp m.m.?
- **Samhandlingskonferansen 2017** - hvorfor fikk ikke Brukerutvalget invitasjon? Må tas opp med Samhandlingsavdelingen med tanke på kommende konferanser.
- **Utvalget får ofte dårlig tid.** Er det aktuelt å starte kl. 0930 med formøte og ordinært møte med start kl. 1000 og avslutte kl. 1500? Må avklares med leder og nestleder. For administrasjon er det uproblematisk med lengre møter.

**PASIENT- OG BRUKEROMBUDET
I NORD-TRØNDELAG
ÅRSRAPPORT 2016**



Innhold:

Innledning	s. 2
Generell statistikk	s. 3
<i>Antall henvendelser totalt og problemstillinger pr. tjenestested</i>	s. 3
<i>Problemstillinger</i>	s. 3
Kommunale helse- og omsorgstjenester	s. 4
<i>Kommunale helse- og omsorgstjenester – statistikk</i>	s. 4
<i>Ombudet på kommunebesøk</i>	s. 4
<i>Legedekning i namdalskommunene</i>	s. 5
Spesialisthelsetjenesten	s. 5
<i>Områder i spesialisthelsetjenesten - statistikk</i>	s. 5
<i>Visjoner og virkelighet - et utfordringsbilde</i>	s. 5

Innledning

Pasient- og brukerombudets virksomhet reguleres av pasient- og brukerrettighetslova kapittel 8. Ombudet *«skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene»*.

Mest arbeid følger av henvendelser fra pasienter og brukere. Vi gir råd, vegleder, informerer og yter bistand etter behov. Mange følger opp egen sak, andre trenger mer aktiv hjelp fra ombudet.

Ombudet skal bidra til å bedre kvaliteten i de offentlige helse- og omsorgstjenestene. Pasienters og brukeres henvendelser genererer prinsipielle forhold som tas opp med tjenesteytere og tilsynsmyndigheter. Årsrapporten omtaler noen av dem.

2016 var prega av fravær i personalet. Vi ivaretok henvendelsene, men nedgang i antall kan bety tidvis mindre tilgjengelighet. Til tross for redusert personalressurs fikk vi likevel relativt høg måloppnåelse på egen virksomhetsplan.

Det ble mindre utadretta virksomhet enn tidligere år. Men vi etablerte kontaktmøte mellom ombudet og brukerorganisasjoner som er meint å gjentas årlig. Tre kronikker ble publisert, og vi leverte høringsuttalelse til prosjektet «Pasientorientert organisering» i Helse Nord-Trøndelag HF.

Landets pasient- og brukerombud har hatt migrasjonshelse som særskilt fokusområde i 2016. Vi har deltatt ved flere konferanser og fagdager, besøkt asylmottak, møtt fagnettverk for helseforetaket, Fylkesmannen og KS, og besøkt RVTS (regionsenter om vold og traumatisk stress). Det er få henvendelser om migrasjonshelse, men nyttig å lære om feltet. Ombuda viderefører fokusområdet i 2017.

I 2017 fyller pasient- og brukerombudsordninga i Nord-Trøndelag 20 år. *Kjell J. Vang* har vært ombud fra starten inntil han etter eget ønske gikk av fra 1. sept. 2016 for i stedet å bli seniorrådgiver. Øvrige ansatte er rådgiverne *Anne Berit Lundås* og *Inger Rita Hansen*. *Rune Johan Skjælaaen*, pasient- og brukerombud i Hordaland, er konstituert som ombud også i Nord-Trøndelag fra 01.09.16 og inntil videre.

I 2011-15 delte vi årlig ut pasient- og brukertilfredshetsprisen, men ikke for 2016. Vi tar gjerne imot forslag på kandidater for 2017. Prisen har egne statutter som interesserte kan få ved henvendelse til oss.

Generell statistikk

Antall henvendelser totalt og problemstillinger pr. tjenestested

<i>Antall henvendelser</i>	2014	2015	2016
Totalt	429	443	367

Tallet for 2016 (367) omfatter 255 saker der vi i det minste veit hvilket tjenestested saka gjelder, 88 enklere forespørsler og 24 henvendelser om forhold utafor Pasient- og brukerombudets arbeidsområde.

I de nevnte 255 sakene er det registrert inntil tre problemstillinger (henvendelsesgrunner) for hver. Tabellen nedafor viser antall problemstillinger fordelt på sjukehusa i Nord-Trøndelag, St. Olavs hospital og nordtrønderske kommuner:

<i>Antall problemstillinger</i>	2016
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger (inkl. DPS Stjørdal)	149
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos (inkl. DPS Kolvereid)	140
St. Olavs hospital HF	49
Kommunal helse og omsorg i Nord-Trøndelag	140

Det er grunn til å merke seg at tallet for Sykehuset Namsos (SHN) er på samme nivå som tallet for Sykehuset Levanger (SHL) til tross for at SHN har betydelig mindre pasienttilfang enn SHL. En vil følge med på om dette representerer en tendens eller en tilfeldig svingning.

Problemstillinger

<i>Typer problemstillinger</i>	2014	2015	2016
Behandlingstiltak	-	121	112
Diagnostisering	56	60	58
Informasjon/medvirkning/samtykke	123	97	52
Oppførsel / omsorgsfull hjelp	42	25	41
Rutiner/samarbeid/saksbehandling/systemsvikt	46	52	40
Medisinering	71	52	37
Utskriving/oppfølging	36	47	33
Ventetid	29	32	23
Valg av behandlingssted	15	15	19
Journalinnsyn/-føring/-retting/-sletting	24	24	18
Tildeling/bortfall/reduksjon/omfang av tjenester	-	32	15
Egenandeler/finansiering	17	22	8
Avvisning	17	22	6

Her telles både kommuner og spesialisthelsetjeneste. *Behandlingstiltak* omfatter forhold ved behandling som ikke fanges opp av mer spesifikke problemstillinger. Mange av sakene ender opp som erstatningssøknader.

Informasjon/medvirkning/samtykke viser reduserte tall, men her har tjenestene fortsatt mye å gå på. Også henvendelser om *medisinering* viser en synkende tendens. For øvrig preges tabellen av tilfeldige svingninger.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester – statistikk

<i>Helsetjenester, antall problemstillinger</i>	2016
Fastlege	54
Sjukeheimsopphold	23
Helsetjenester i heimen	18
Legevakt	16

<i>Omsorgstjenester, antall problemstillinger</i>	2016
Omsorgsbolig	11
Brukerstyrt personlig assistanse / annen praktisk bistand	6
Individuell plan / koordinator	5

Tabellene viser registrerte problemstillinger for tjenestetyper. Forhold hos *fastlege* topper lista som tidligere år.

Ombudet på kommunebesøk

I 2016 ble det gjennomført ett systematisert kommunebesøk (Stjørdal) mot tre i 2015. Ved slike besøk avholdes to møter, ett med personer fra organisasjoner, lag og foreninger som representerer pasient- og brukerinteresser, og ett med ledelse og tjenesteytere i helse- og omsorgssektoren. Målet er todelt: Pasient- og brukerombudet skal lære om forhold og utfordringer i kommunen og dessuten informere om vår virksomhet og våre erfaringer.

Tilbakemeldingene er gode. Mange tema berøres, som legedekning, organisering, sjukeheims plasser, heimesjukepleie, samhandling med spesialisthelsetjenesten, saksbehandling og tilgang på kompetent personale. Besøka gir inntrykk av mye godt arbeid i kommunene, men bekrefter også et forbedringspotensial, blant annet når det gjelder å innfri pasienters, brukeres og pårørendes rett til informasjon og medvirkning.

I 2017 legges det opp til tilsvarende besøk i minst to nye kommuner.

Legedekning i namdalskommunene

Pasient- og brukerombudet ble av interessegrupper i Grong kommune invitert til møte der legedekninga ble tatt opp. Mange møtte fram, og det ble gitt uttrykk for sterk frustrasjon over underdekning og gjennomtrekk blant leger. For pasientene merkes dette særlig i redusert tilgjengelighet og manglende kontinuitet i legekontakten.

Etter møtet sendte Pasient- og brukerombudet bekymringsmelding til Fylkesmannen. Det ble avtalt at interessegruppene skulle gjøre det samme. På bakgrunn av henvendelsene innhenta Fylkesmannen aktuelle opplysninger fra namdalskommunene og inviterte høsten 2016 til et møte der kommunene, Helse Nord-Trøndelag HF og Pasient- og brukerombudet deltok. Status, utfordringer og evt. virkemiddel ble drøfta.

Pasient- og brukerombudets anbefalinger:

- ***Den enkelte kommunen bør samarbeide med legetjenesten om å styrke stabilitet og kontinuitet i legetjenesten. Det bør trekkes veksler på pasienterfaringer***
- ***Kommunene bør videreutvikle samarbeidet seg imellom om legetjenester***
- ***Kommunene bør samarbeide med Helse Nord-Trøndelag HF om tiltak som styrker rekrutteringa av leger***

Spesialisthelsetjenesten

Områder i spesialisthelsetjenesten – statistikk

<i>Hovedområder, antall problemstillinger</i>	2016
Kirurgi	149
Medisin	97
Psykisk helsevern og rus	59

Tabellen viser antall registrerte problemstillinger. Innafor kirurgi er det *ortopedisk kirurgi* som topper med 89 problemstillinger. For psykisk helsevern og rus dominerer *voksenpsykiatri* (45).

Visjoner og virkelighet - et utfordringsbilde

Helseministeren gjør det, og helseforetaksdirektørene gjør det: Formulerer visjoner for framtidens helsetjeneste. Lenge har statsråden løfta visjonen om «*pasientens helsetjeneste*». Ventetider skal ned,

pasientsikkerheten bedres og behandlingsforløp standardiseres. Pasientene skal involveres, medvirke og få rett hjelp til rett tid.

Helse Midt-Norge (HMN) jobber med Strategi 2030. Administrerende direktør proklamerer bygging av en «*fremragende helsetjeneste*». Pasienter og pårørende skal delta aktivt i beslutninger. Det satses på kompetent personell, kunnskap og teknologi. Alle skal spille på samme lag.

Helse Nord-Trøndelag (HNT) rigges etter pasientenes behov og for å oppfylle ambisjoner om «*pasientorientert organisering*». Det tilstrebes utvikling av felles kultur overalt i organisasjonen. Pasienten skal sitte i veggene, i ryggmargen og fremst i pannebrasken.

Gode intensjoner er enkle å formulere. Vanskene oppstår når de skal operasjonaliseres, konkretiseres, brytes ned til gjennomførbar praksis.

For: Hvordan endrer en helsepersonells opptreden overfor pasienter, brukere og pårørende, så den passer til visjonene? Iblant hører vi om leger som ikke hilser på pasienten ved konsultasjonen, som ikke lytter, som er forutinntatte, som går uten å avslutte timen på en grei måte, og om helsepersonell som opptrer uten våkenhet for hvem den sårbare parten er. Vi stusser stundom over frynsete holdninger, mangel på folkeskikk, tilsynelatende fravær av refleksjon over egen framferd.

Hvorfor er det fortsatt sånn, tross år med lovfesta rettigheter, at pasienter som vil velge behandlingssted, blir obstruert? Gjerne med utsagn om at «vi kan dette like godt, vi», eller med påstand om at en må nytte nærmeste sjukehus. Noen imøtekommer pasientens ønske raskt mens andre fungerer som bremseklosser. Slike forskjeller må lukes vekk.

Pasient- og brukerrettighetslovas formål vektlegger lik tilgang til helsetjenester for alle. Sånn er det ikke, ikke engang i samme helseforetak. En enhet tilbyr ny operasjonsteknikk, en annen gjør det ikke. Pasienten får heller ikke informasjon nok til å foreta valg. Migranter erfarer ulik tilnærming avhengig av hvor i sjukehuset en er: Noen får tolk hver gang, andre overhodet ikke. Personer med omfattende funksjonshemninger behandles ulikt fra avdeling til avdeling, f. eks. når det gjelder tilrettelegging for bistand fra kommunalt personell som kjenner vedkommendes daglige behov. Både i lokale helseforetak, i helseregionen og på landsbasis er det et påtrengende behov for å harmonisere tilbud og sikre likeverdige tjenester.

Antall sjukehussenger reduseres mens det hevdes at kvantitet erstattes av kvalitet. Helseministeren krever sjukehus uten korridorpasienter, men

tidvis er korridorene fulle av senger, skjermbrett og stativ for infusjonsvæsker. HNT er blant sjukehusa med flest pasienter i korridor. Det ser også ut til at en heller enn å utnytte ledig kapasitet i naboposten bruker korridorplassering i «riktig» sengepost. Sikkert mer personellvennlig enn pasientvennlig.

Samhandling er viktig og reguleres i avtaler mellom sjukehus og kommuner. Pasienter forteller om gode erfaringer, andre om utfordringer: Manglende informasjonsoverføring, utdaterte medikamentlister, usikkerhet om hva som skjer videre. Det positive er fokuset på samhandling i grensesnittet mellom sjukehus og kommune. Men vi savner tilsvarende oppmerksomhet rundt andre samhandlingskanaler: Mellom sjukehus og enheter i sjukehus, internt i kommuner. Vi ser eksempel på ansvarspulverisering fordi samhandlingsperspektivet mangla. I et samfunn der pasienter mer enn før behøver tjenester fra flere, trengs årvåken bevissthet, gjennomsyra kultur og slitesterke system for 360 graders samhandling.

Ombudet har lite til overs for begrepet «å legge seg flat», men slår gjerne et slag for den gode beklagelsen. Ofte sitter den altfor langt inne, også når det er åpenbart at helsetjenesten har svikta. Å beklage er ikke å tape ansikt, men å gjenvinne et tapt ansikt. Å beklage er å reparere noe som var gått i stykker. Derfor all ære til HNT som har tatt grep ved å lage system for beklagelse. Flere bør følge etter, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Mye i dagens helsetjeneste fungerer bra. Brukerundersøkelser gir gode resultat. Både helseministeren, administrerende direktører, ledere og utøvende helsepersonell må gjerne bruke et minutt eller to til å ta imot rosen. Men så må de snu blikket mot det som ikke har fungert.

Det er erkjenninga av behov for forbedringer som meisler ut visjonene: Helseministerens «*pasientens helsetjeneste*» og direktørenes «*fremragende helsetjeneste*» og «*pasientorientert organisering*». Men om visjonene ikke slipes og operasjonaliseres i møte med pasienters erfaringer, vil de smuldre og fordunste.

Strategi 2030 for HMN må forankres i pasienterfart virkelighet. Av og til kan en tillate seg luftige sjev, men en skal alltid lande på bakken. I HNT er det heller ikke nok å endre organisasjonen. Det egentlige arbeidet handler om å gi visjonene innhold som gjør at vi om ei tid ikke behøver å referere til erfaringene ovafor.

Helsetjenesten skal være profesjonell med dyktige fagutøvere. Den er også et sted for sårbare møter mellom mennesker med ulikt ståsted.

Kanskje fins den beste helsetjenesten i skjæringspunktet mellom varm profesjonalitet og tillitsfull sårbarhet, midt i orda til den danske dikteren Benny Andersen: «Vis meg ditt ansikt før alt er forbi, så er vi begge til stede.»

Pasient- og brukerombudets anbefalinger:

- **HMN/HNT bør sørge for at alle ansattes opptreden overfor pasienter og pårørende er i pakt med den alminnelige oppfatninga av god folkeskikk**
- **HMN/HNT bør tilstrebe enhetlig kultur i helseregionen/helseforetaket**
- **HMN/HNT må sørge for at alle pasienter får oppfylt sin rett til fritt sjukehus- og behandlingsvalg**
- **HMN/HNT må sørge for at alle nivå i helseregionen/helseforetaket, både ledere og personell med pasientkontakt, er tilstrekkelig oppdatert på pasienters lovbestemte rettigheter**
- **HMN/HNT bør sikre at alle pasienter får lik tilgang til samme kvalitativt gode tilbud uavhengig av kontaktpunkt i helseregionen/helseforetaket**
- **HNT bør vurdere behovet for gjennomgående sjukehusinterne rutiner for å sikre lik og kvalitetsmessig god tilnærming til innlagte pasienter med omfattende funksjonshemninger. Individuelle behov må ivaretas på tilbørlig vis**
- **HNT bør sammen med kommunene vurdere behovet for hvorvidt samhandlingsavtalene bør beskrive hvordan personer med omfattende funksjonshemninger skal ivaretas når de er innlagt i sjukehus**
- **HMN/HNT bør sikre solide system for samhandling også på andre flater enn mellom sjukehus og kommune**

Steinkjer 14.02.17

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag



Rune Johan Skjælaaen
-konst. pasient- og brukerombud-



Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Noerhte-Trööndelagen fylhkenålma

Helse Nord-Trøndelag	
Saksnr. 16	2416
Mottatt:	15 FEB. 2017
Arkiv: 302	Unnt.off.:

Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Levanger
v/direktøren
Postboks 333
7601 LEVANGER

Vår dato: 13.02.2017
Vår ref.: 2015/6649
Arkivkode:734.0
Deres dato: Deres ref.:

Oversendelse av rapport landsomfattende tilsyn (LOT) - gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis i akuttmottak - Sykehuset Levanger

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har i samarbeid med Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Fylkesmannen i Møre og Romsdal gjennomført tilsyn med gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis i Akuttmottaket ved Helse Nord-Trøndelag HF Levanger sykehus 18.-20.10.2016.

Foreløpig rapport ble forelagt sykehuset 14. desember 2016. Fylkesmannen har ikke mottatt korrigeringer/anmerkninger fra sykehuset på den foreløpige rapporten.

Vedlagt følger endelig rapport. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag ber om en tilbakemelding for hvordan funn og observasjoner fra tilsynet skal følges opp ved Sykehuset Levanger.

Frist for tilbakemelding til Fylkesmannen i Nord-Trøndelag settes til: **20.03.2017**

Slik det tidligere er orientert om skal tilsyn med gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis i akuttmottaket følges opp videre. Det vil bli gjennomført journalgjennomgang samt møte med ledelsen i august/september 2017. Dette vil bli varslet i god tid.

Vedlegg: Rapport fra tilsyn med gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis i Akuttmottak

Med hilsen

Marit Dypdal Kverkild (e.f.)
Fylkeslege
Sosial-, helse- og barnevernavdelingen

Håkon Lien
Seniorrådgiver
Sosial-, helse- og barnevernavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen underskrift

Kopi med vedlegg til:

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag	Postboks 3250 Sluppen	7006	TRONDHEIM
Statens helsetilsyn	Postboks 8128 Dep.	0032	OSLO
Fylkesmannen i Møre og Romsdal	Postboks 2520	6404	MOLDE



Fylkesmannen i Møre og Romsdal
Fylkesmannen i Sør- Trøndelag
Fylkesmannen i Nord- Trøndelag

**Samlerapport fra
oppfølgingstilsyn med psykisk helsevern til
barn og unge –
i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker
2016**

1. Innledning

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 2.

Denne samlerapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF. Tilsynet er gjennomført med team sammensatt av representanter fra de tre fylkesmannsembetene.

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, intervjuer og andre undersøkelser. Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomhetene ivaretar lovkrav gjennom sin internkontroll. Tilsynet har undersøkt om helseforetakene gjennom systematisk styring, organisering og ledelse sikrer barn og unge forsvarlig psykisk helsehjelp.

Statens helsetilsyn besluttet at det i 2013 og 2014 skulle gjennomføres landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern til barn og unge. Tilsynet omfattet den polikliniske virksomheten i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), og alle BUP`ene i landet var involvert gjennom egenmelding og/ eller stedlig tilsyn. Den gang gjennomførte vi 6 tilsyn i vår region: St. Olavs Hospital HF; BUP Røros og BUP Klostergata, Helse Møre og Romsdal HF; BUP Molde og BUP Volda og Helse Nord-Trøndelag; BUP Levanger. Det ble avdekket avvik hos alle som i ettertid er lukket.

Svikt i de psykiatriske helsetjenestene til barn og unge kan påføre pasienten og familien unødvendige belastninger, og konsekvensene kan være alvorlige. Fylkesmennene i Midt-Norge besluttet derfor å gjennomføre oppfølgingstilsyn med samme tema i 2016 for å se om forholdene har endret seg. For fylkesmennene er det også av interesse å se om tilsynet har hatt spredningseffekt innad i avdelingene/ helseforetakene.

Det ble gjennomført tre nye tilsyn i 2016 – ett i hvert fylke, og vi viser til utsendte tilsynsrapporter.

Rapporten omhandler funn gjort under tilsynet og gir ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetenes arbeid.

2. Bakgrunn og hovedmålsetning

Barn og unge med psykiske lidelser er en sårbar pasientgruppe med få sterke stemmer som målbærer deres interesser, og potensialet for å forebygge senere psykisk lidelse er stort ved tidlig intervensjon.

Hovedmålsettingen for tilsynet har vært å se på om helseforetakene sørger for at pasientforløpene i disse tjenestene er preget av god fremdrift og kontinuitet, god kvalitet i arbeidet - inkludert samhandling med både pasient, foresatte og førstelinjetjenesten, samt eventuelt skole/PPT og barnevern.

3. Kort om regelverk

Ved tilsynet står kravet til forsvarlig virksomhet og retten til nødvendig helsehjelp sentralt.

Forsvarlighetskravet

Kravet til forsvarlighet, jf. *lov om spesialisthelsetjenesten m.m § 2-2*, er en rettslig standard og innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helsetjenesten er forankret i anerkjent kunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatning jf. Prop .91 L82010-2011) s 263-264.

Rett til nødvendig helsehjelp

Det følger av *lov om pasient og brukerrettigheter § 2-1b* annet ledd at: *«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.»*

Kravet til ledelse og kvalitetsforbedring

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Jf. Prop.91 L (2010-2011) s 264.

Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som gir god kvalitet i tjenestene og som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrenser skadevirkningen.

4. Funn

I tilsynet fant vi denne gang at alle henvisninger blir vurdert innen frist. Alle virksomhetene hadde rutiner for opplæring i kartlegging av selvmordsfare. Rutiner for gjennomføring og dokumentering av kartlegging og vurdering av selvmord/ selvmordsfare er endret siden forrige tilsyn. Kartlegging av rusadferd hos barn/ ungdom og foresatte var også tydeligere forankret i utredningene/ dialogen. Tverrfaglige drøftinger gjennomføres. Vi fant ingen fristbrudd.

På områdene nevnt over er tilsynsteamet av den formening at det er sporbare, tydelige kvalitetsendringer fra forrige tilsynsgjennomføring. Alle helseforetakene har gjennomført prosesser og iverksatt tiltak som gir kvalitetsforbedringer på områdene for tilsynet.

Imidlertid avdekket tilsynet at det gjennomsnittlig tar for lang tid mellom 1. og 2. konsultasjon, samt at det tar lang tid før diagnose settes. Dette er gjennomgående i journalene for de pasientgruppene tilsynet omfatter, og fremstilt i tabellen under.

Diagnose	Tid fra 1. til 2. konsultasjon	Utredningstid (fra 1. time til diagnose satt)	Virksomhet
ADHD (n=19)	3,9 uker (1-7 u)	21,5 uker (3-50 u)	BUP- Kristiansund
DEPRESJON (n=14) En pasient m/ svært lang ventetid er tatt ut	1,6 uker (0,1-7 u)	19,3 uker (0,4- 53 u)	
ADHA (n=11)	5,6 uker (1-14 u)	21 uker (11-16 u)	BUP- Saupstad
DEPRESJON (n=15)	3,3 uker (0,6-8 u)	23,3 uker (6,7- 33 u)	
ADHD (n=15)	5,4 uker (4-8 u)	23 uker (10-56 u)	BUP- Namsos
DEPRESJON (n=15)	2,3 uker (0,1-8 u)	19,7 uker (8-41 u)	

4. Vår vurdering

Alle virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for at helselovgivingen etterleves gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Kravene til ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll) skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen.

Funnene representerer en stor risiko for at enkeltpasienter ikke gis adekvat og riktig utredning/ behandling. Det er ingen rutiner for rapportering på «intern venting», og syke barn kan bli stående veldig lenge uten behandlingstilbud. Fastlegene involveres i liten grad både i «den interne ventetiden» og ellers.

Helsepersonell vi intervjuet forteller om stor pågang av henvendelser og hektiske dager, men problemstillingene i den videre fremdriften er noe ulike i de ulike BUP` ene vi har tilsett, og det vises til mer utfyllende observasjoner i tilsynsrapportene.

5. Konklusjon

I spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a stilles det krav til de regionale helseforetakene om å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift.

Fylkesmannen er av den oppfatning at det her avdekkes at ventetiden er flyttet inn i helseforetakene. Gjennomsnittspasienten i målgruppen for tilsynet blir stående *for lenge* og vente uten at dette har en begrunnelse i journalen. Rettigheten kan dermed ikke ansees for innfridd, og risikoen er stor for at det for enkelte pasienter kan innebære uforsvarlig helsehjelp.

Ved oversendelse av endelig rapport til virksomhetene, er virksomhetene bedt om å komme med en plan for å lukke de påpekte avvikene. Fylkesmannen i Møre og Romsdal, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag forutsetter at Helse Midt-Norge RHF bidrar til at helseforetakene planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer sin praksis, også i de sykehus som ikke var gjenstand for tilsyn denne gangen.

