

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2014/1492 - 11117/2014

Deres ref.:

Dato:
5.5.2014**Innkalling til møte i styret i Helse Nord-Trøndelag 12. mai 2014**

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 12. mai 2014.
Møtet finner sted på Sykehuset Levanger, møterom i Arken og starter kl. 1000.

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 15/2014 | Utviklingsplan 2030 for Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 16/2014 | Driftsrapport mars 2014 |
| Sak 17/2014 | Langtidsbudsjett 2015 – 2020 |
| Sak 18/2014 | Tilbakemelding på internrevisjonsrapport: Sikkerhet i psykiatriske avdelinger |
| Sak 19/2014 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 10.04.142. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 10.04.143. Protokoll fra foretaksmøte 28.04.14 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF4. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 07.05.145. Kvalitet og pasientsikkerhet6. Forprosjekt: Organisatorisk integrering av Ambulanse Midt-Norge HF7. Andre orienteringer |
| Sak 20/2014 | Eventuelt |
| Sak 21/2014 | Godkjenning og signering av protokoll |

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.Arne Flaatt
Adm. direktør
sign.

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget v/leder

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 15/2014 Utviklingsplan 2030 for Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mai 2014	15/2014
Saksbeh: Trond G. Skillingstad		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2014/1492		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering og ber om at Utviklingsplan med foreliggende styresak sendes ut på høring til kommunene i Nord-Trøndelag, KS i Nord-Trøndelag, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og andre relevante interessenter. Styret ber om at saken kommer til endelig behandling for styret høsten 2014.

SAKSUTREDNING:

Sak 15/2014 Utviklingsplan 2030 for Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Ingen

Utrykte vedlegg i saksmappen

Utviklingsplan (tidligere vedlegg til styresak 09/14)

Vedlegg 1, 2, 3 og 4 til utviklingsplanen

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Helseforetakene i Midt-Norge utvikler Utviklingsplaner med vurderinger av arealbehov fram mot 2030. Disse legges til grunn for utvikling av en regional utviklingsplan. Hele dette arbeidet legges til grunn for regjeringens utarbeidelse av en nasjonal sykehusplan.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styret i Helse Nord-Trøndelag hadde Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag til behandling i sak 09/14. Styret drøftet framlagte plan og ba om ytterligere vurderinger før utsending på høring.

Foreliggende sak tar opp i seg forholdene som ble pekt på.

HELHETLIG DRØFTING

Styret i Helse Nord-Trøndelag drøftet i styremøte 24.03.14, sak 09/14, Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag. Planen er utviklet av en arbeidsgruppe sammensatt av administrativt og faglig personell fra ulike deler av helseforetaket. I tillegg er det gjennomført en rekke beregninger og analyser, blant annet ved bidrag fra Sintef Helse, som ligger til grunn for planen som ble framlagt. Planen er også ledelsesmessig behandlet i helseforetaket før første framlegg til styret.

Styret er tilfreds med planen slik den foreligger, men ønsker samtidig ytterligere informasjon og vurderinger som tillegg til planen idet denne sendes ut på høring. Styret ba spesielt om vurderinger knyttet til følgende forhold:

- Reaksjonstid ambulanse
 - o Reisetidsvurderinger som også tar opp i seg reaksjonstid for ambulansetjenesten
- Framtidsbilde
 - o Beskrivelse av hvordan innbyggerne i nedslagsfeltet får sine spesialisthelsetjenester i 2030
 - o Trendutvikling: Nasjonale trender hva gjelder sentralisering og desentralisering, herunder vurderinger av Trøndelagsfunksjoner, samarbeidet med kommuner mv
 - o Arealutnyttelse: Utnyttelse av arealet til ulike deler av døgnet
- Konkrete investeringer
 - o Klar kobling mellom Utviklingsplan og konkrete investeringsprosjekt som skal inn på Helse Midt-Norges investeringsplaner og -budsjett

I det følgende drøftes forholdene som styret har pekt på.

Reaksjonstid for ambulanser

Utviklingsplanen inneholder transportanalyser. Disse er konsentrert rundt transporteffektive løsninger, altså hvordan helseinstitusjonenes plassering påvirker tids- og ressursbruk i forhold til reise til og fra sykehus.

Fokus på tid fra helsetjenesten får melding om mulig akutt sykdom til pasienten er på sykehus består av mange variabler. Blant annet vurderes det hele tiden bruk av luftambulanse kontra bilambulanse, som igjen henger sammen med hvor biler og helikopter er i øyeblikket. Ved utrykning til pasient er hendelsene delt inn i klare kategorier, med «Akutt» som krever raskest respons (etter vurdering med Norsk Medisinsk Indeks). Idet ambulanspersonell er på stedet, kan tilstanden revurderes og nedgraderes, noe som gjør at man velger å bruke mer tid på en eventuell transport til sykehus. Andre ganger krever situasjonen lengre behandling på skadested, noe som dermed øker tiden fra melding om sykdom til pasienten er på sykehus. Til sist kan også nevnes at pasientens tilstand kan tilsi at transport må foregå særskilt varsomt, det kan være behov for stopp underveis mv.

En ren oversikt over tidsbruk gir dermed mest mening ved måling fra melding om sykdom som vurderes som akutt til ambulanse er på stedet. Nedenfor vises en oversikt over denne tidsbruken for bilambulanse fra ulike kommuner. Oppdrag med luftambulanse er holdt utenfor.

Kommune	Ant.	Gjsn.	Median
Bindal	47	0:26:44	0:25:51
Flatanger	60	0:25:51	0:15:37
Fosnes	12	0:32:25	0:33:33
Frosta	63	0:30:56	0:30:19
Gammel_Inderøy	10	0:20:04	0:20:25
Gammel_Mosvik	1	0:33:56	
Grong	99	0:13:42	0:10:10
Høylandet	44	0:28:44	0:25:35
Inderøy	138	0:19:33	0:17:19
Leka	13	0:11:05	0:08:22
Leksvik	91	0:15:47	0:14:52
Levanger	457	0:10:18	0:06:43
Lierne	51	0:25:19	0:20:19
Meråker	97	0:13:57	0:08:25
Mosvik	8	0:27:58	0:29:22
Namdalseid	78	0:29:17	0:24:21
Namsos	384	0:11:28	0:07:11
Namsskogan	34	0:28:41	0:22:23
Nærøy	176	0:24:02	0:18:41
Osen	27	0:19:48	0:17:39
Overhalla	102	0:17:20	0:17:05
Roan	47	0:30:58	0:29:28
Røyrvik	27	0:18:38	0:13:47
Snåsa	51	0:12:25	0:10:20
Steinkjer	649	0:10:43	0:07:20
Stjørdal	571	0:08:29	0:06:03
Verdal	363	0:13:50	0:12:19
Verran	81	0:16:59	0:13:18
Vikna	157	0:18:49	0:07:42

Oversikten viser at utrykningstid fra melding om akutt sykdom til ambulanse er på stedet varierer mellom kommuner. Ser vi på gjennomsnittstiden, er det lengst utrykningstid til tidligere Mosvik kommune (en utrykning), Fosnes, Roan og Frosta. Øvrige kommuner har et snitt på under en halv times utrykningstid. De største kommunene (Stjørdal, Levanger og Steinkjer) har kortest utrykningstid.

I snittberegninger tas alle hendelser med, inkludert der det er særskilte hendelser som ikke burde vært tatt med i statistikken for denne bruken. Derfor er median en viktig korrigerende indikator til gjennomsnitt, fordi den reduserer effekten av sterkt avvikende hendelser.

Fosnes og Frosta har lengst median utrykningstid. Øvrige kommuner har en median på under en halv times utrykningstid. Holdes steder med en enkelt utrykning utenfor, har Stjørdal, Levanger, Namsos og Steinkjer kortest median utrykningstid.

I forhold til foreliggende Utviklingsplan er dette kompletterende data som etter administrasjonens mening understøtter vurderingene som er gjort i tilknytning til alternative modeller for sykehusstruktur.

Framtidsbilde

Utviklingsplanen legger til grunn et tidsperspektiv fram til år 2030. Basert på enkelte klare utviklingstrekk er det gjort beregninger på arealbehov og hvilken beskaffenhet arealet må ha for å møte behovet som antas å være i 2030. Spesielt vises det til vridningen fra inneliggende behandling til at stadig større deler av helsetjenestene gis uten at pasienten trenger døgntilbud på sykehuset. Det legges også til grunn antatt demografisk utvikling, antatt sykdomsutvikling mv.

En rekke svært vesentlige faktorer kunne bygges inn i en modell. Vi vet at de er vesentlige, men det er mer eller mindre umulig å anslå hvordan disse påvirker tjenestene fram mot 2030. Følgende antagelser kan gjøres rundt noen, blant mange, trender:

- Teknologi

- All tilgjengelig statistikk underbygger en sannsynlig personellmangel i framtidens helsetjenester. Befolkningen «forskyves» i alder i den forstand at en større andel av befolkningen blir eldre. Dermed oppstår kombinasjonen med færre hender til å ta vare på flere pasienter. Dette er absolutt ikke noe særnorsk fenomen, men noe som står i fare for å ramme hele den vestlige verden, og deler av resten av verden. Ett av svarene på dette kan være økende arbeidsinnvandring fra land som ikke har samme utfordringer. Et annet, og sannsynligvis mer bærekraftig alternativ, vil være en betydelig teknologiutvikling som bidrar til å redusere personellbehovet i helsetjenestene.

Det er ikke usannsynlig at pasienter selv kan foreta en rekke undersøkelser hjemme i 2030. Dels kan også avansert teknologi bidra både til diagnostisering og behandlingsopplegg for en rekke lidelser uten at helsetjenesten er involvert. Dette kan bidra til å redusere påtrykket på helsetjenestene. Eller motsatt effekt kan oppstå: Langt flere mer eller mindre behandlingstrengende sykdomstilfeller blir oppdaget på grunn av kontinuerlig overvåkning som pasienten selv gjennomfører – som igjen øker trykket på helsetjenestene.

Det er sannsynlig at teknologi vil redusere behovet for personell i sykehusene, gitt samme tilfang av behandlingsbehov hos innbyggerne som i dag. Allerede nå utvikler Helse Nord-Trøndelag en «innsjekkingsfunksjon» hvor pasienter/pårørende selv overtar noe av registreringsjobben som sykehuset i dag gjør. Journalsystemet vil revolusjoneres i løpet av kommende tiårs-periode. Dersom lovgivning løses opp, vil monitorerings-/overvåkningssystemer gjøre det mulig å spisse personellinnsatsen til den tiden hvor den er mest nødvendig. For eksempel

utsettes i dag mange pasienter for fallskader i sykehuset, grunnet forvirring, svimmelhet osv. Dagens botemiddel er fastvakt på hver enkelt pasient. Overvåkningssystemer vil gjøre det mulig å avdekke når pasienten for eksempel våkner fra anestesi, og ha fastvakt nøyaktig i den perioden hvor det er størst risiko for skade hos pasient (for ordens skyld: slik overvåkning er i dag ikke tillatt). Samme utvikling antas å komme knyttet til områder som legemidler, hvor teknologi vil kunne bidra til å redusere den betydelige kvalitetsbristen i dagens helsetjeneste og dermed også redusere behandlingsbehovet. Dette er mer eller mindre sannsynlige teknologiutviklinger. Ettersom teknologiutviklingen går raskere for hver dag er det umulig å gi veldig troverdige bilder av situasjonen i 2030. Men det er altså svært sannsynlig at teknologisk utvikling vil styres i retning av de største problemene som relativt rike deler av verden har. Derfor vil den også bidra til å redusere personellmangelen som dagens utvikling i helsetjenestene styrer mot. I hvilken grad dette påvirker arealbehovet er umulig å si noe om. Tett opp mot dette ligger utvikling for eksempel innen genteknologi og legemidler. Det utvikles stadig bedre og mer treffsikre legemidler. Dette kan bidra for eksempel til reduksjon av kirurgiske inngrep, og generelt mer effektiv behandling av lidelser. Dette kan bidra til å redusere behovet for behandlingsareal i helsetjenesten. På den andre siden står helt sentrale legemidler i fare for å miste effekt. Antibiotika har vært en av grunnpilarene for at mennesker har levd bedre og lengre. Det oppstår nå stadig flere sykdomsfremkallende bakterier som er resistente mot antibiotika. Fortsetter utviklingen kan infeksjoner som i dag er harmløse og knapt trenger behandling bli svært behandlingskrevende og i noen grad være dødelige. Infeksjonsproblematikk er blant områdene som Utviklingsplanen har vurdert.

- *Miljø/ klima*

- Legges FNs klimapanels konklusjoner til grunn, vil klimautfordringene ramme alle land i verden på mange alvorlige måter. Dermed er det også overveiende sannsynlig at klimahensyn vil slå inn i spesialisthelsetjenesten på en rekke måter. Gitt begrenset miljøvennlig transport, vil det for eksempel legges økende vekt på å unngå for store og for mange forflytninger av pasienter og eget personell. Alle varer og tjenester som kjøpes inn av helseforetakene vil måtte legge stadig sterkere miljøhensyn til grunn. Bygg og driftsmåter må enten komme mer over på klimavennlige energiløsninger og/eller redusere energibehovet. Disse vridningene tror vi vil forsterkes over tid, og vil legge betydelige føringer på arealutviklingen. Helse Nord-Trøndelag har over tid vært blant de sykehus i landet med størst energieffektivisering og ønsker å opprettholde denne posisjonen.

- *Standard*

- Både utvikling av pasientrollen, nye journalsystem og andre trender peker i retning av standardisering av behandlingsopplegg i helsetjenesten. En visjon som kan være mulig å nå fram mot 2030 er at pasienter som er i kontakt med en hvilken som helst institusjon i Helse Midt-Norge opplever samme utrednings-, behandlings- og oppfølgingsopplegg. Således vil du være på «universitetsnivå» uansett hvilket sted i spesialisthelsetjenesten du henvender deg. Standardiseringstankegangen kan også påvirke utviklingen av de fysiske betingelsene behandlingen skal foregå innenfor, altså byggene.

- *Sentralisering/ desentralisering/ Trøndelagsfunksjoner*

- Forflytning fra land til by er en vedvarende trend. Landsbygd opplever en reduksjon i folketallet, eller dels en stabilitet understøttet av innvandring fra andre land. De største byene i Norge opplever en massiv økning i folketallet – understøttet i enda sterkere grad av innvandring.

Forflytningene gir en rekke utfordringer. Nord-Trøndelag opplever en forsiktig vekst i folketallet. Veksten er ikke jevnt fordelt, men knyttet til byer/vekstregioner. Rett utenfor fylket ligger veksttyngdepunktet i Midt-Norge, Trondheim, som også byr på regionens høyeste faglige nivå gjennom universitetsfunksjonen. Administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag tør knapt spå om trendene vil forsterkes, fortsette, flate ut eller bli reversert. Vi vil imidlertid jobbe i retning av at alle innbyggere i Midt-Norge får et standardisert tilbud med høy kvalitet uansett hvilken midtnorsk institusjon i spesialisthelsetjenesten de kommer i befatning med. Dette innebærer blant annet at vi tror regionen er tjent med at nordtrønderne behandles ved sykehusene i Nord-Trøndelag, og at universitetssykehuset i Trondheim i stadig større grad vil ha behov for avlastning, spesielt dersom befolkningsutviklingen fortsetter på samme måte som før. Dette vil i sum gi best helsetjenester i hele regionen, og vil gjøre sykehusene i Nord-Trøndelag i stand til å holde høyt faglig nivå med nødvendig aktivitet, rekruttering og tillit i befolkningen. Hvorvidt Trøndelagsfunksjonenes logikk vil ha gjennomslag i gjeldende politikk er usikkert. Sammen med befolkningsforskyvninger skjer det samtidig fokusforskyvning i rådende samfunnsopinion og i politikken, noe som kan undergrave forutsetningene som ligger til grunn for Trøndelagsfunksjoner.

- *Utnyttelsesgrad*

- I utviklingsplanen er det lagt til grunn en utnyttelsesgrad på arealene i form av blant annet åpningstid, brukstid på operasjonsstuer mv. Ved sykehusplanlegging legges ulike beregninger til grunn. Utviklingsplanen legger til grunn et relativt konservativt anslag. Dette påvirker i neste omgang hvilket behov du har for areal til å gjennomføre den behandlingsaktiviteten du har beregnet.

Til tross for at det er ulendt politisk og arbeidslivsmessig terreng, er det ingen usannsynlig antagelse at det vil bli en økt fleksibilitet i arbeidslivet hva gjelder arbeidstid. Dette kan bidra til å utnytte sykehusarealene ytterligere, og dermed begrense behovet for areal.

Administrasjonen opplever det som vanskelig å endre på vurderinger som er gjort for åpningstid i framlagte utviklingsplan. Det er også usikkert hvor sterkt behovet for utnyttelsesgrad vil gjøre seg gjeldende, enn så lenge at knapphetsressursen og den klart største økonomiske utfordringen for helsetjenestene er personell.

Investeringer

Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag gir en god statusbeskrivelse av dagens arealer og er en veldokumentert beskrivelse av investeringsbehov framover i tid. Utviklingsplanen er således et fundament for utvikling av investeringsprosjekt og investeringsbudsjett knyttet til sykehusbygg. Helse Nord-Trøndelag anfører på bakgrunn av Utviklingsplanen et årlig investeringsbehov på 120 mill kroner fra og med 2015. Vi viser til sak 17/14, Langtidsbudsjett 2015 – 2020, med nærmere beskrivelse av investeringsplanen for langtidsbudsjettperioden.

Av et beregnet gjennomsnittlig årlig behov for investeringsmidler på 120 mill kroner er 20 mill kroner beregnet til løpende ombygging og rehabilitering for å tilpasse sykehusbygg til driftseffektive løsninger og ivaretagelse av HMS og brannsikkerhet m.v. I tillegg er det foreløpig beregnet et behov på 100 mill kroner årlig til større utviklingsprosjekt. Helse Nord-Trøndelags prioriterte prosjekt er rus/psykiatri Levanger, helikopterlandingsløsning Levanger og kombinasjonsbygg Namsos. Prosjektering av rus/psykiatri Levanger og kombinasjonsbygg Namsos er igangsatt etter gjeldende retningslinjer for planlegging og beregning. Foretaket er involvert i planlegging av bygg i nærheten av akuttmottaket på Sykehuset Levanger, men legger primært til grunn at dette realiseres uten investeringsmidler fra Helse Nord-Trøndelag/Helse Midt-Norge.

Konklusjon

Administrerende direktør har med dette gitt utfyllende opplysninger og vurderinger som kompletterer Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag. Vurderingene er etter direktørens mening kompletterende og understøtter konklusjonene som allerede er trukket i framlagt utviklingsplan. Konkretisering av investeringsprosjekt som ledes ut av utviklingsplanen pågår, og styret vil bli løpende orientert om framdriften. Saken har også direkte overslag til Helse Nord-Trøndelags innspill til Helse Midt-Norges langtids- og investeringsbudsjett.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 16/2014 Driftsrapport mars 2014

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mai 2014	16/2014
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2014/1492	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLIG

Styret tar driftsrapporten for mars 2014 til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 16/2014 Driftsrapport mars 2014

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Utrykte vedlegg i saksmappen

SAMMENDRAG

Foretakets resultat viser siste måned et positivt avvik i forhold til vedtatt budsjett på 0,5 mill kroner og hittil i år et positivt avvik på 2,5 mill kroner. Dette viser at foretaket er «i rute» i forhold til fastsatt økonomisk resultatmål for 2014, selv om det etter hvert avdekkes enkelte avvik for noen av foretakets klinikker.

Foretakets DRG-aktivitet varierer noe fra måned til måned og i forhold til det som er planlagt for den enkelte måneden. I akkumulerte aktivitetstall utjevnes disse svingningene noe.

Akkumulert (DRG-) aktivitet er hittil i år om lag 2 % over planlagt aktivitet i de somatiske avdelingene. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag på nivå med HMNs aktivitetsbestilling til HNT.

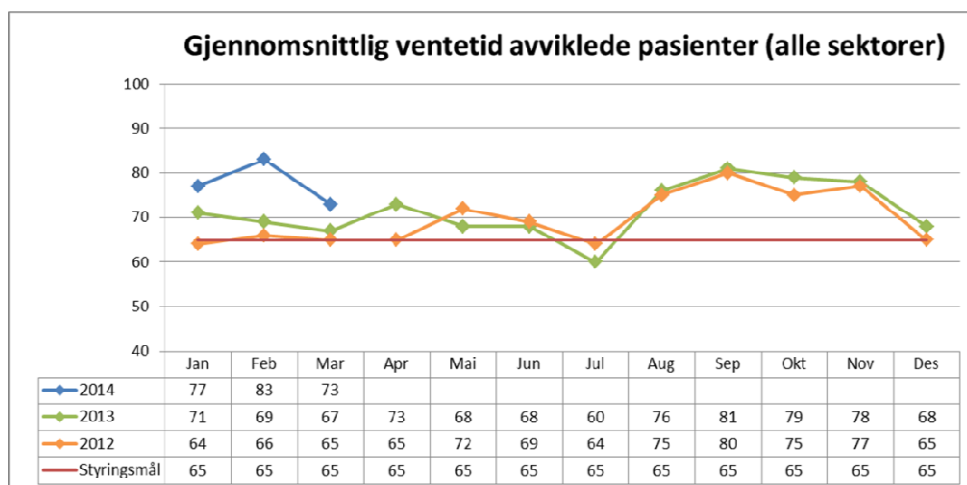
Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene og innen rusbehandling er høyere enn det som er forventet i styringsdokumentet fra HMN. Det er først og fremst den polikliniske aktiviteten som har vært høyere enn planlagt.

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid pr. 31.12.13 og tilnærmet måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Andel fristbrudd og gjennomsnittlig ventetid har etter den til økt noe, men er redusert litt siste måned.

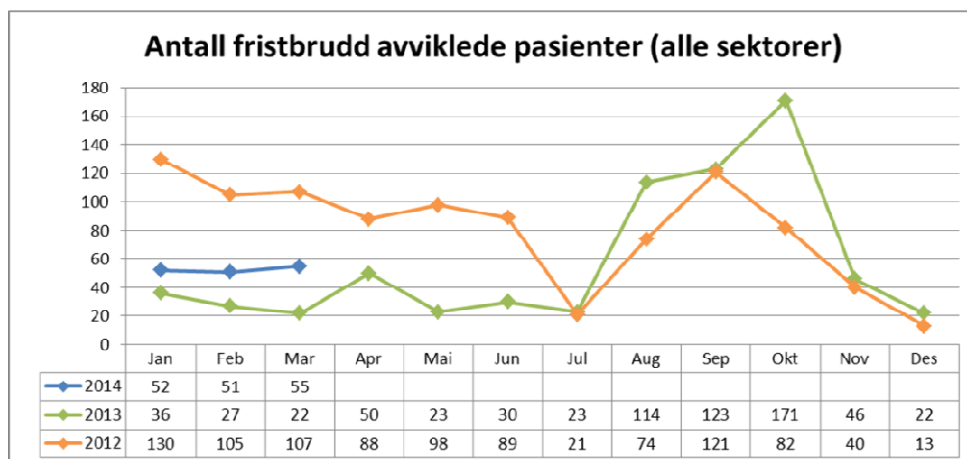
HNT prognostiserer et årsresultat for 2014 på 48,1 mill kroner, dvs. i samsvar med fastsatt resultatmål fra eier.

1. PASIENTBEHANDLING

1.1 Ventetider



1.2 Fristbrudd



Det er betydelig fokus på å redusere ventetider og å fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater. Ved utgangen av 2013 nådde foretaket nesten målsettingen om gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på 65 dager. Foretaket hadde ved årsskiftet også svært få pasienter med fristbrudd. Andel fristbrudd for avviklede pasienter var ved utgangen av 2013 på 0,7 %, mens gjennomsnittlig ventetid var 68 dager. Etter en økning i disse indikatorene i begynnelsen av året, viser tall for mars reduksjon både i gjennomsnittlig ventetid og i andel fristbrudd.

HNT har utarbeidet egen plan for å unngå fristbrudd og å redusere ventetider. Fra planen gjengir vi følgende mål og tiltak:

Mål:

- Unngå fristbrudd
- Ventetid under 65 dager. Redusere ventetid for alle
- Oversikt over ventelistene slik at de rette pasienten venter og forsvarlig ventetid for alle
- Nå målsetting om 20 dagers frist for minst 80 % av kreftpasientene

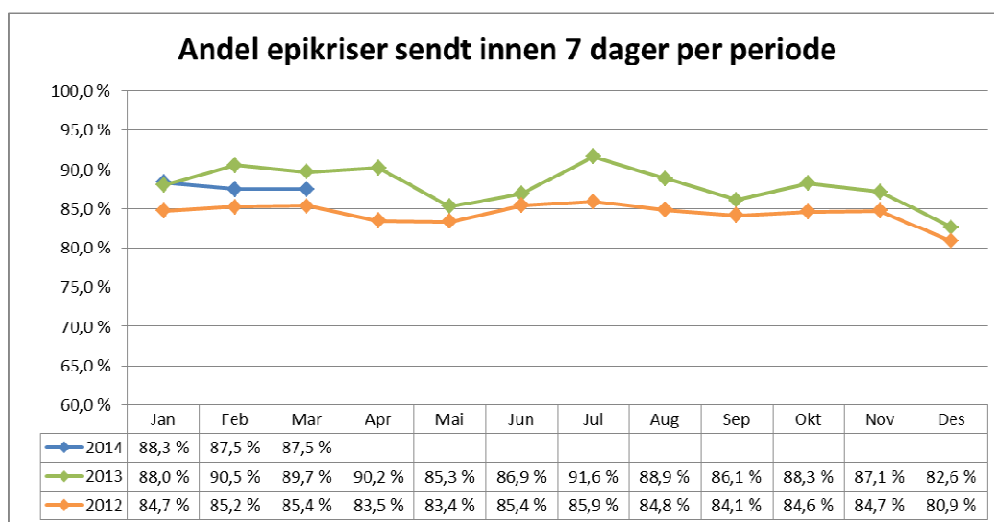
Tiltak:

- Utnytte legekapasiteten best mulig
- Riktig utstyr og hjelpepersonell tilgjengelig
- Sikre optimal bruk av IKT- system (opplæring, support/ støttefunksjoner, programutvikling)
- Tett samarbeid inntakskontor, lege som prioriterer/vurderer, administrativt personell og sykepleier i poliklinikk, avdelingsoverlege og klinikkleder: Behov for endringer i rutiner og samarbeid?
- Vurdere jobbglidningstiltak
- Redusere «ikke møtt»- og kontroll- andel
- Tiltak i tråd med samhandlingsavtaler og samhandlingsreform

2. KVALITET, FAGUTVIKLING OG FORSKNING

2.1 Pasientsikkerhet (pr. tertial)

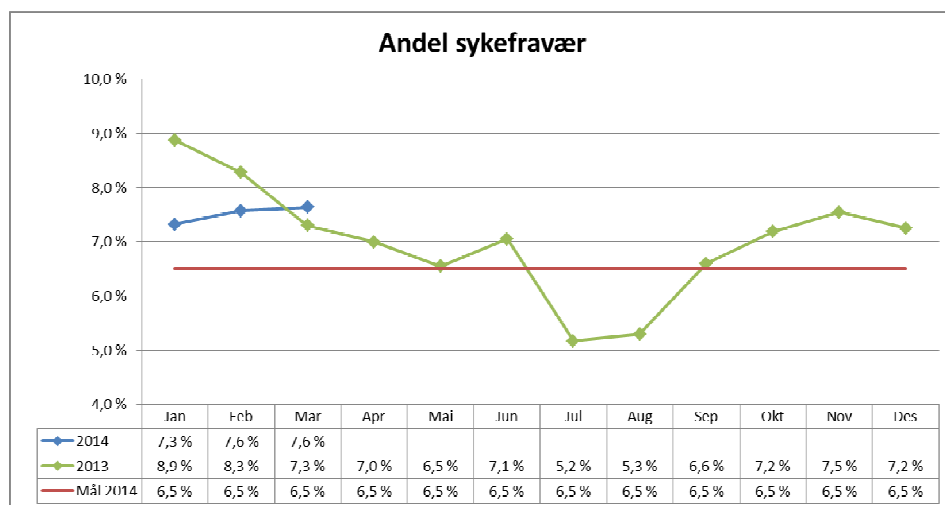
2.2 Epikrisetid



Det er et overordnet mål at andel epikriser sendt innen 7 dager skal være 100 %. De siste årene har de månedlige resultatene ligget mellom 85 og 90 %. Resultatene hittil i år ligger også på dette nivået. Det arbeides med å få opp resultatet for de avdelinger og klinikker som ligger lavest, slik at resultatet for foretaket som helhet kan komme opp mot 95 % som et delmål.

3. MEDARBEIDER

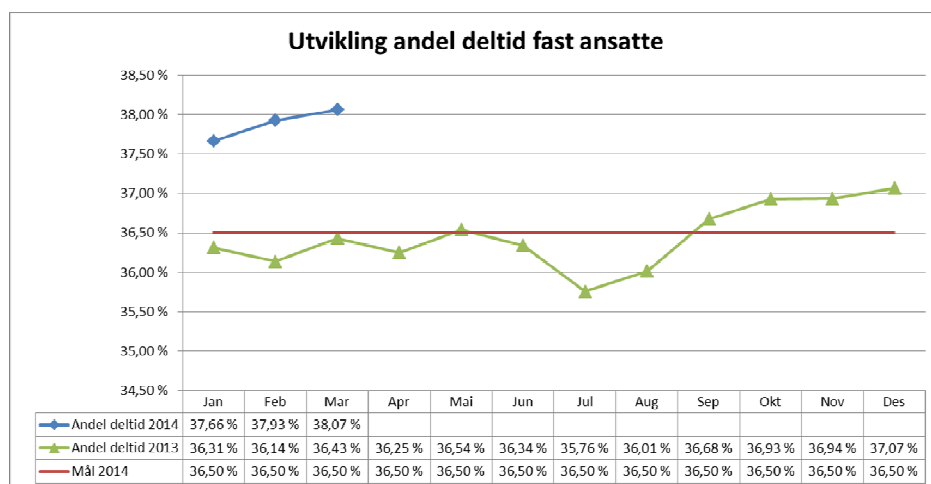
3.1 Andel sykefravær



I henhold til IA-avtalen var det et mål å redusere sykefraværet gradvis til det var nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013, mens resultatet for fjoråret ble 7,5 %. Sykefraværet var siste måned på 7,6 %, - en reduksjon på 0,6 %-poeng i forhold til samme måned i fjor. Sykefraværet har hittil i år vært på 7,5 %, - en reduksjon på 0,7 %-poeng i forhold til samme periode i fjor.

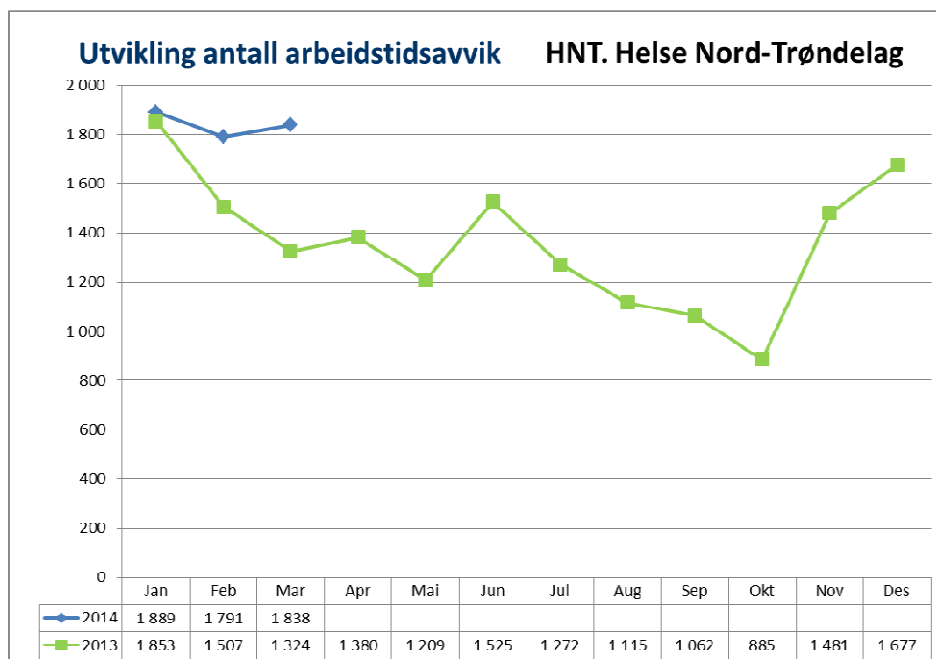
Sykefraværet varierer betydelig mellom klinikker og yrkesgrupper. Helseforetaket arbeider systematisk og langsiktig med inkluderende arbeidsliv basert på overordnet strategi og nedfelte rutiner. Siste måned har det vært spesielt fokus på seniorpolitisk plan som ble vedtatt i styret 24.03.14.

3.2 Andel deltid



Det vises til krav fra foretaksmøte i 2011 om å redusere andel deltid med minst 20 %, alternativt øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 20 %. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse desember 2010 for HNT var 82,5 %. Målet om 20 % økning i den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen ble nådd da denne kom på 85,8 %. For 2014 er det satt et mål om en gjennomsnittlig stillingsandel på 87,0 %. Med et resultat i mars på 86,1 %, er dette ennå litt igjen til dette målet er nådd.

3.3 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser



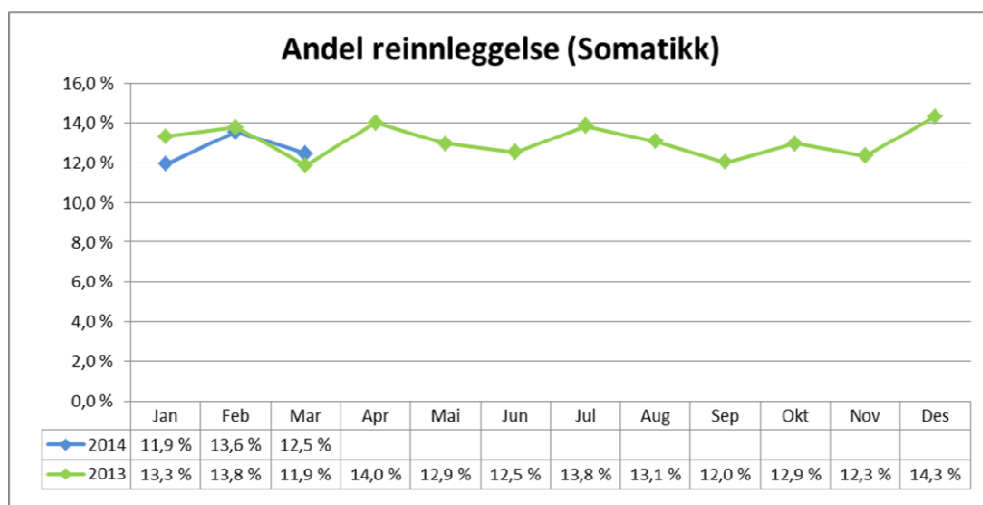
Det var siste måned registrert 1791 arbeidstidsavvik, en reduksjon på 47 fra forrige måned.

Utviklingen viser at antall arbeidstidsavvik gikk ned fra 1869 i oktober 2012 til 875 i oktober 2013. Fra og med november 2013 ble det registrert en fordobling i antall brudd. Hovedårsaken til dette er knyttet til systemfeil. Utviklingen i månedene etterpå har vist stagnasjon i antall brudd. Ny versjon av ressursstyringssystemet (RS) skal installeres i løpet av april. Det forventes at det meste av uriktig genererte brudd da skal være rettet. Det legges opp til økt fokus på etterlevelse av arbeidstids-bestemmelsene når systemfeilene er luket bort.

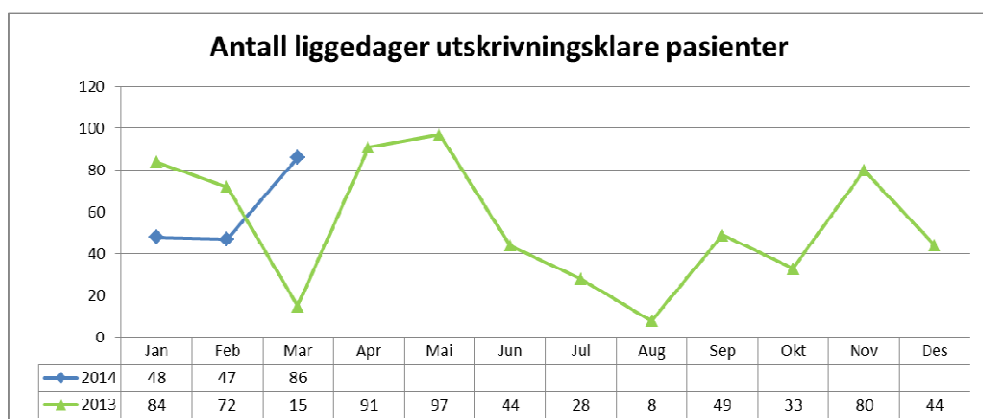
I forbindelse med partssammensatt gruppe som skal se på årsplanprosessene og verktøyer knyttet til disse, er det nedsatt en gruppe som skal lage rammer for etablering av ressursenheter. Dette arbeidet vil være ferdig i august, og vil, hvis målsettingen nås, være et tiltak som vil redusere brudd knyttet til akuttinnleie ved bl.a. sykdom.

4. SAMHANDLING

4.1 Andel reinnleggelser somatikk



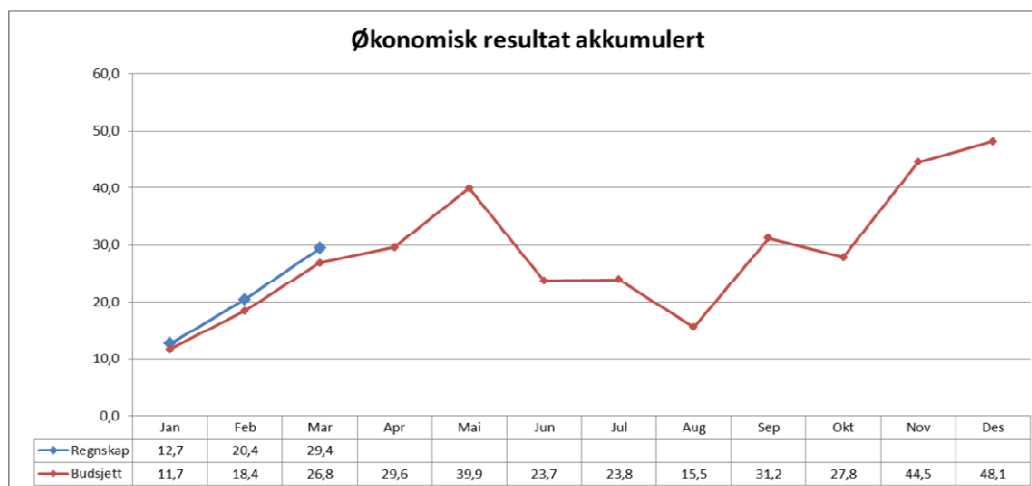
4.2 Liggedøgn utskrivningsklare pasienter



5. ØKONOMI OG RESSURSTYRING

5.1 Resultat

Alle ansvarssteder Resultat	Denne periode			Hittil i år		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	226 593	223 415	3 178	677 214	668 747	8 468
Varekostnader	-35 322	-38 089	747	-107 525	-104 922	-2 603
Lønnskostnader	-145 984	-140 830	-5 153	-426 354	-421 342	-5 013
Andre driftskostnader	-36 823	-38 603	1 779	-115 276	-117 266	1 990
Driftskostnader	-218 130	-215 503	-2 627	-649 156	-643 530	-5 625
Driftsresultat	8 464	7 912	551	28 059	25 216	2 843
Finansresultat	513	539	-26	1 337	1 631	-294
Netto resultat	8 976	8 451	525	29 396	26 847	2 548
Avvik knyttet til ny aktuarberegning			0			0
Netto resultat korrigert for avvik aktuarberegning	8 976	8 451	525	29 396	26 847	2 548



Vedtatt budsjett for 2014 for Helse Nord-Trøndelag HF innebærer at foretaket skal nå et resultat på 48,1 mill kroner. Budsjettert overskudd skal bl.a. bidra med likviditet til foretakets investeringer inneværende år.

Aktuarberegning fra juni 2013 ligger til grunn for budsjett og regnskapsføring av foretakets pensjonskostnader i 2014. Ny aktuarberegning fra januar 2014 viser betydelig høyere kostnader. På den annen side er det forventet at Stortinget i løpet av våren vil vedta nye retningslinjer for uføretrygd som (gjennom resultatføring av planendring) vil kunne redusere årets pensjonskostnader betydelig. Det er derfor besluttet å avvete samlet effekt av disse endringene før en vurderer å endre føringen av årets pensjonskostnader.

Foretakets resultat viser siste måned et avvik i forhold til vedtatt budsjett på 0,5 mill kroner og akkumulert hittil i år et avvik på 2,5 mill kroner.

Inntekter

Foretakets inntekter er i mars 3,1 mill kroner høyere enn budsjettert og hittil i år 8,5 mill kroner høyere enn budsjettert.

Varekostnader

Varekostnadene er i mars 0,7 mill kroner lavere enn budsjettert og hittil i år 2,6 mill kroner høyere enn budsjettert. Merforbruket hittil i år er bl.a. knyttet til høye gjestepasientutgifter.

Lønnskostnader

Regnskapet for siste måned viser et negativt avvik på lønnskostnadene på 5,2 mill kroner og hittil i år et negativt avvik på 5,0 mill kroner i forhold til budsjettet. Merforbruket er knyttet til flere arter og avdelinger og gjelder både lønn til fast ansatte i form av økte faste tillegg (knyttet til turnus), overtid og innleie av ekstrahjelp.

Andre driftskostnader

Det er et samlet positivt avvik på disse postene på 1,8 mill kroner i mars og hittil i år et positivt avvik på 2,0 mill kroner.

Foretakets buffer/reserve til uforutsette kostnader og/eller reduserte inntekter er budsjettert på denne kostnadsgruppen. Det tas hensyn til denne reserven ved utarbeiding av årsprognosen.

Finansposter

Foretakets finansposter er i mars på nivå med budsjettet og hittil i år 0,3 mill kroner høyere enn budsjettet.

5.2 Prognose

Alle ansvarssteder		Hele året	
Resultat	Budsjett 2014	Prognose 2014	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	2 585 071	2 585 072	0
Varekostnader	-425 684	-425 684	0
Lønnskostnader	-1 626 475	-1 626 475	0
Andre driftskostn (6)	-418 066	-418 066	0
Andre driftskostn (7)	-73 341	-73 340	0
Driftskostnader	-2 543 566	-2 543 564	0
Driftsresultat	41 505	41 507	0
Finansresultat	6 594	6 594	0
Netto resultat	48 100	48 100	0

HNT prognostiserer et årsresultat for 2014 på 48,1 mill kroner, dvs. i samsvar med resultatkravet fra eier.

Inntekter

Foretakets inntekter ligger litt foran budsjett og prognostiseres i samsvar med budsjett.

Varekostnader

Varekostnadene ligger så langt noe over budsjett, men prognostiseres i samsvar med budsjett.

Lønnskostnader

Foretakets lønnskostnader ligger så langt noe over budsjett, men prognostiseres i samsvar med budsjett.

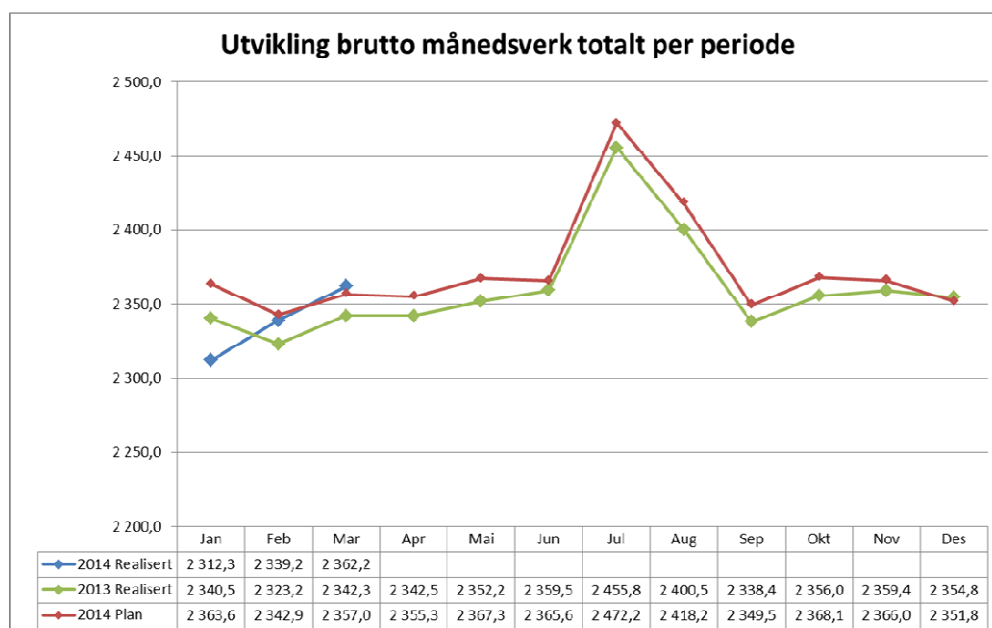
Andre driftskostnader

Andre driftskostnader ligger så langt litt lavere enn budsjettet og prognostiseres i samsvar med budsjett.

Finansposter

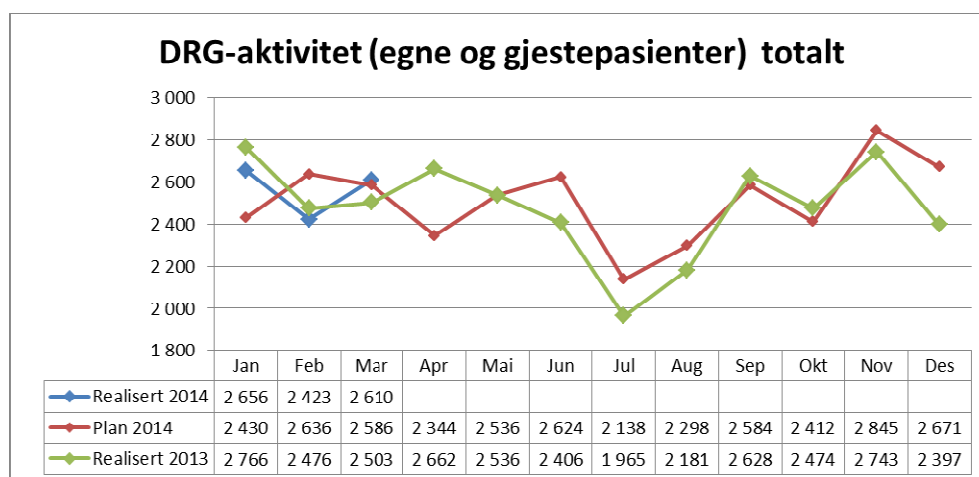
Foretakets finansposter ligger omtrent på budsjett og prognostiseres også som budsjettet.

5.3 Bemanning



Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i mars et merforbruk på 5 månedsverk i forhold til periodisert bemanningsbudsjett. Hittil i år har brutto månedsverk vært noe lavere enn budsjettet. Det skyldes bl.a. lavere sykefravær og behov for færre sykevikarer enn planlagt. Innleie fra byrå er på nivå med budsjett i mars, men noe høyere enn budsjettet hittil i år.

5.4 DRG-aktivitet

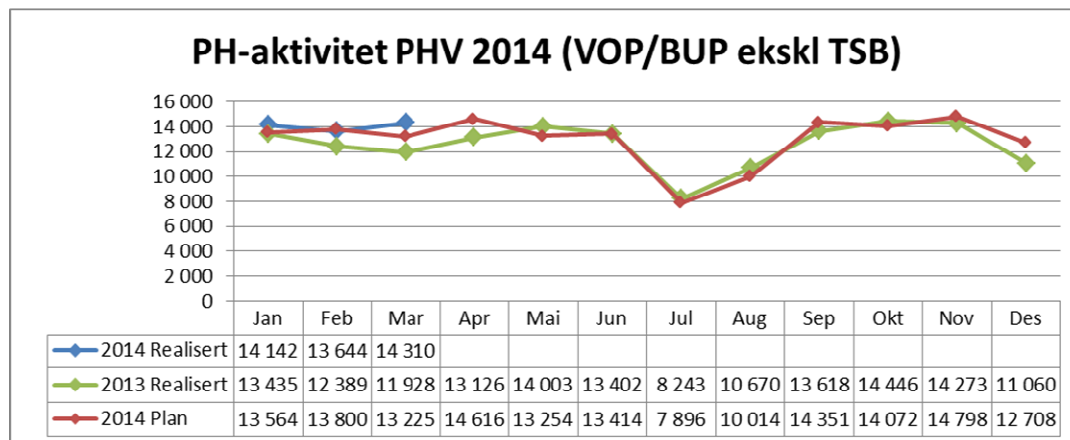


HMN har gjennom budsjett og styringsdokument for 2014 lagt opp til en "sørge for" - aktivitet for HNT om lag på nivå med realisert aktivitet i 2013. Det er denne aktivitetsforventningen som er lagt inn i foretakets budsjett og i tabellen ovenfor. For å unngå fristbrudd og for å redusere pasientenes ventetider har foretakets avdelinger (i samsvar med hovedretningslinjene i statsbudsjettet) lagt opp til en aktivitet som ligger vel 1 % over realisert aktivitet i fjor.

Foretakets DRG-aktivitet varierer noe fra måned til måned og i forhold til det som er planlagt for den enkelte måneden. I akkumulerte aktivitetstall utjevnes disse svingningene noe. Akkumulert aktivitet er hittil i år om lag 2 % over planlagt aktivitet.

Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag på nivå med HMNs aktivitetsbestilling til HNT.

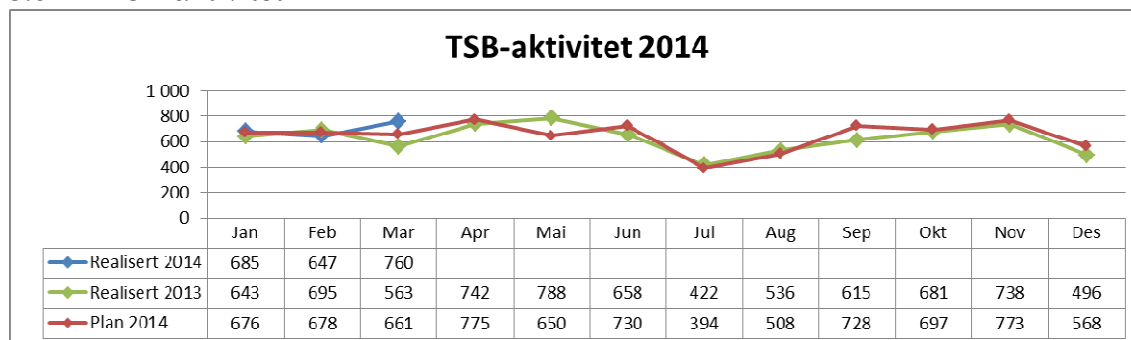
5.5 PH-aktivitet



Styringsdokument 2014 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen psykisk helsevern på 2,8 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet. I **de voksenpsykiatriske avdelingene** er det lagt opp til en drift som innebærer omtrent uendret aktivitet i 2014 i forhold til aktiviteten i 2013. I **de ungdomspsykiatriske avdelingene** er det også lagt opp til omtrent samme antall utskrevne pasienter, men en økning i poliklinisk aktivitet på 17 % i forhold til 2013.

Det samlede og veide målet for aktivitet i psykisk helsevern, PH-aktivitet, viser en meraktivitet på 3,7 % hittil i år i forhold til planlagt aktivitet. Det er i hovedsak innen poliklinisk aktivitet at det har vært meraktivitet.

5.6 TSB-aktivitet



Styringsdokument 2014 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på 4,6 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet. Hittil i år har den samlede TSB-aktiviteten vært 3,8 % høyere enn det som var planlagt og med god vekst i poliklinisk aktivitet.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 17/2014 Langtidsbudsjett 2015 – 2020

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mai 2014	17/2014
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2014/1492	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter foreslåtte prinsipper og forutsetninger for LTB 2015 – 2020. Ved prioritering mellom investeringer og drift bør driftsrammene fastsettes slik at krav til årlig effektivisering ikke blir høyere enn 1 – 1,5 %.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter foreslåtte forslag til prioritering av investeringer i foretaket i perioden 2015 – 2020. Styret anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover økes for å dekke nødvendige behov på kort og lang sikt.

SAKSUTREDNING:

Sak 17/2014 Langtidsbudsjett 2015 – 2020

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. HMNs brev av 24.03.14 om prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og -budsjett 2015 – 2020
2. Sak 20/14, Langtidsplan og -budsjett 2015 – 2020 – Prinsipper og forutsetninger, behandlet i styret for HMN 06.03.14.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Protokoll fra styremøte i HMN 06.03.14

1. GRUNNLAG

Styret for HMN vedtok i sak 20/14 prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og budsjett 2015 – 2020. Med brev av 24.03.14 har HMN oversendt nevnte styresak og bedt om HNT-styrets tilbakemelding og innspill på vedtatte prinsipper og føringer som er gitt for langtidsperioden. Styret for HMN fattet følgende vedtak i sak 20/14:

- 1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.*
- 2. Styret legger til grunn at Strategi 2020 skal være forende for prioriteringene i langtidsplan og – budsjett. Operasjonalisering og krav til gevinstrealisering forutsettes å skje gjennom de enkelte programmer.*
- 3. Styret har ambisiøse mål for virksomheten, og vektlegger behovet for en bærekraftig økonomi. For å sikre finansiering av planlagte investeringer og satsingsområder kreves fortsatt betydelig effektivisering minst på nivå med tidligere vedtak.*
- 4. Tidligere prioriteringer for investering i nybygg står fast og foretaksgruppens totale bygningsmasse skal utvikles og vedlikeholdes. Styret har som mål å sikre tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr.*

2. DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGER

En hovedproblemstilling i saken er fordeling av ressurser mellom investering og drift og forventninger om ytterligere effektivisering av foretakenes drift i årene framover.

Videre er foretaket invitert til å komme med innspill til prioritering av investeringer i langtidsbudsjettperioden 2015 – 2020.

2.1 Kommentarer til prinsippvedtaket

Ovennevnte styrevedtak gir generelle retningslinjer for strategiske prioriteringer i årene framover. Vedtaket bygger på og viser til regionens vedtatte plan for Strategi 2020 herunder krav til generell effektivisering og omprioritering av økonomiske ressurser fra drift til investering.

HNT har i egen strategiplan vurdert og fastsatt et krav/mål om årlig/løpende effektivisering av driften tilsvarende 1,5 % av samlede driftskostnader, dvs. om lag 40 mill kroner pr. år. Dette omstillingskravet er bl.a. begrunnet med ny teknologi og nye behandlingsformer som gir mulighet for mer effektive driftsformer. Samtidig vil frigjorte driftsmidler fra slike effektiviseringstiltak kunne benyttes til å forbedre og utvikle behandlingstilbudet til eksisterende og nye pasientgrupper, jf. prioriteringer i foretakets strategiplan for perioden fram til 2016.

Helse Nord-Trøndelag har gjennom flere år drevet effektiviserings- og forbedringsarbeid for å yte et best mulig tilbud til pasientene i foretakets opptaksområde innen tildelte økonomiske rammer. Utviklingen kan dokumenteres gjennom SAMDATA-tall som bl.a. viser at HNT i den somatiske driften i 2012 hadde lavest kostnadsindeks av alle foretak i regionen. Foretaket har i flere år levert økonomiske resultat som har vært til dels betydelig bedre enn fastsatte resultatkrav fra regionforetaket. Dette har tilført foretaket likviditet til nødvendige investeringer i MTU og bygninger. Således ble nybygg psykiatri ved Sykehuset Namsos til 75 mill kroner og renovering av intensivavdeling ved Sykehuset Levanger til 30 mill kroner tatt av egne tilbakeholdte midler. Videre er det lagt ned et betydelig arbeid i å forbedre kvaliteten i foretakets drift gjennom bl.a. å redusere pasientenes ventetider og å fjerne fristbrudd.

På dette grunnlag finner administrerende direktør det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. Dersom det i årene framover blir like store reduksjoner i disponible rammer til foretaket som i de senere år, vil det måtte vurderes å gjennomføre tiltak av mer strukturell karakter. I denne forbindelse håper vi at det videre arbeidet med Trøndelagsfunksjoner vil innebære at HNT får tildelt oppgaver og økonomi som gjør det mulig å opprettholde et godt tilbud til pasientene i foretaksområdet. For HNT er det viktig at vi i tiden framover har et tilbud, en kapasitet og en kompetanse/kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted.

Det er viktig å ha tilgang til nødvendige investeringsmidler slik at rammevilkårene i form av bygninger og utstyr kan gi mulighet for en mest mulig effektiv drift. HNT har de senere år hatt begrensede investeringsmidler fra HMN, men har i tillegg bidratt med likviditet fra eget driftsoverskudd. Med disse relativt små investeringsmidlene har foretaket prioritert investeringer som har hatt positiv avkastning i form av lavere årlige driftskostnader. Det er imidlertid en utfordring å finne den riktige balansen mellom tilstrekkelige midler til løpende drift og midler til investeringer for å sikre en god og effektiv drift i årene framover.

I tillegg til "avskrivningsmidler" gis det etter gjeldende regler anledning til delvis lånefinansiering av større sykehusutbygginger. Dessuten kan driftsoverskudd benyttes til investeringer. Krav til årlig effektivisering bør ikke settes høyere enn 1 – 1,5 % for å bidra med ytterligere likvide midler til investeringer i sykehusbygg og MTU.

Arbeidet med LTB 2015 – 2020 er lagt opp slik at foreløpige inntektsrammer for foretakene for 2015 skal fastsettes av styret for HMN 19.06.14 i tilknytning til LTB-saken. HMN vil utarbeide utkast til inntektsrammer i første halvdel av mai. Direktøren vil komme tilbake til styret med informasjon om denne og invitere til ytterligere innspill knyttet til inntektsramme i styrets møte 16.06.14.

2.2 Prioritering av investeringer i Helse Nord-Trøndelag

HMN har bedt om innspill til bygningsmessige investeringer i LTB 2014 – 2019.

HNT støtter HMNs prioritering av MTU og bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer. Investeringer knyttet til medisinsk teknisk og teknisk utstyr og bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer er nødvendige for foretakets løpende basisvirksomhet og er derfor ikke egnet til justering ved saldering av budsjettet.

Basert på nasjonal veileder har HNT utarbeidet egen utviklingsplan (jf. egen styresak) for å få et bedre grunnlag for framtidig disponering og utvikling av arealer. I planen har en søkt å ta hensyn til endringer i befolkningsgrunnlag, sykdomsbilde og nasjonale og regionale strategier, herunder realisering av Strategi 2020 og strategi 2010 – 2016 for HNT.

Utviklingsplanen er en plan for bygningsmessig utvikling av sykehusbyggene i Levanger og Namsos fram til 2030. En god del av tiltakene vil innebære ombygging av eksisterende bygningsmasse, men det er også behov for noe nybygg der dette ut fra et helhetshensyn vil være mer hensiktsmessig og kostnadseffektivt.

Planen beskriver et behov for nesten 850 mill kroner til ombygging og nybygg fram til 2030 i tillegg til et behov for om lag 650 mill kroner til oppgradering av eksisterende sykehusbygg i samme periode, dvs. til sammen om lag 1,5 mrd kroner. Utviklingsplanen vil være grunnlag for prioritering av bygningsmessige tiltak i budsjettene i årene framover.

HNT har behov for investeringer for å opprettholde kvalitet og kapasitet i løpende drift og for å tilpasse bygningsmassen slik at årlige driftskostnader blir så lave som mulig. HNT har i mange år hatt investeringsrammer som har vært lavere enn foretakets avskrivningskostnader. Det er ikke bærekraftig i forhold til å opprettholde foretakets realkapital. Med dette som utgangspunkt foreslår foretaket i langtidsperioden å legge opp til et investeringsnivå i overkant av årlige avskrivninger og driftsoverskudd.

HNT mener at MTU må fornyes fortløpende i takt med årlige avskrivninger/ utrangeringer. MTU er nødvendig ”basisverktøy” som må være på plass til enhver tid for å opprettholde nødvendig akutt og elektiv drift. Vi mener derfor at det ikke er noe alternativ til 100 % gjenanskaffelse av MTU, og at dette må ivaretas med jevne årlige bevilgninger. Ved videreføring av dette prinsippet ned på klinikknivå vil en slik forutsigbar strategi ansvarliggjøre foretakets kliniske enheter og motivere til effektiv utnyttelse og fornyelse av nødvendig utstyr.

Etter gjeldende retningslinjer har det enkelte foretak ansvar for å avsette midler til MTU med enhetspris inntil 5 mill kroner. Midler til MTU med enhetspris over 5 mill kroner avsettes av HMN og fordeles til de enkelte foretak på grunnlag av innmeldte behov og prioriteringer. HNT har i nær framtid behov for ny MR til Sykehuset Levanger til en kostnad på om lag 15 mill kroner. Videre er det ønskelig å anskaffe en ”da vinci-robot” for å kunne videreutvikle det kirurgiske behandlingstilbudet i foretaket.

Bygningsmessig vedlikehold kan, på kort sikt, utsettes uten at det trenger å få umiddelbare konsekvenser for pasientbehandling og langsiktige økonomiske resultat. Hvis vedlikeholdet utsettes over lang tid, vil det imidlertid få betydelige økonomiske konsekvenser i form av behov for omfattende rehabilitering eller nybygg. Av denne grunn bør også bygningsmessig vedlikehold gjennomføres etter en plan med jevne årlige bevilgninger for å opprettholde tilnærmet opprinnelig standard. Det er viktig at en nå minimum legger seg på et nivå som dekker dette gjennomsnittlige

vedlikeholdsbehovet (200 kroner pr. kvm pr. år). Bevilgning ut over dette nivået for å kunne ta igjen etterslep, bør kunne vurderes etter en mer detaljert plan og tilpasses øvrige investeringsbehov.

På dette grunnlag har HNT gruppert sine investeringer i følgende prioriterte grupper:

1. Obligatoriske finansinvesteringer (som økt EK-innskudd i KLP).
2. Nødvendige reinvesteringer i medisinsk teknisk og teknisk utstyr (for å opprettholde kvalitet og kapasitet i løpende drift).
3. Rehabilitering av eksisterende bygningsmasse for å opprettholde kvalitet i og hensiktsmessige sykehusbygg (herunder forebygge/utbedre pålegg i forhold til HMS, brannsikring m.v.)
4. Utviklingsplan for sykehusene i HNT, herunder ombygging og mindre nybygg/tilbygg for å effektivisere løpende drift, prioritert slik at investeringer med høyest internrente blir prioritert først.

Innenfor arbeidet med utviklingsplan for sykehusene i HNT er følgende tre investeringsprosjekt prioritert:

1. Psykiatri ved Sykehuset Levanger, herunder nye lokaler for rusbehandling og mulig samlokalisering av RKSF (enhet for spiseforstyrrelser). Dagens rusenhet drives i midlertidige lokaler, og helseforetaket har fra 2014 fått ansvar for all rusbehandling for innbyggere i eget opptaksområde. Foretaket har videre et regionalt ansvar for pasienter med spiseforstyrrelser (RKSF). Dette tilbudet driftes i dag delvis i Levanger og delvis i Stjørdal. En samlokalisering av driften vil innebære mulighet for besparelser i årlige driftskostnader.
2. Helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. I styresak 57/11 i HMN, Langtidsplan og –budsjett for HMN 2012 – 2017 er det omtalt behov for etablering av helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. Det er imidlertid ikke avsatt midler til finansiering. I forbindelse med dette hovedformålet er det, i samarbeid med Levanger kommune, arbeidet med å avklare innhold, omfang og finansiering av nytt bygg på sykehusområdet i Levanger med bl.a. følgende aktuelle arealbehov: parkeringsareal, garasje til ambulanser, mulig flytting av kommunal legevakt, intermediær kommunal sengepost, diverse kontorlokaler og med landingsplass for helikopter på taket. Bygget forutsettes finansiert av Levanger kommune, og byggestart er planlagt til høsten 2014.
3. Ombygging og tilbygg ved Sykehuset Namsos for samlokalisering av sykehusets operasjonsvirksomhet, bedre lokaler til kommunal legevakt og evt. utleie av lokaler til kommunene for drift av intermediære kommunale senger. Samlokalisering av sykehusets operasjonsvirksomhet vil innebære mulighet for besparelser i årlige driftskostnader.

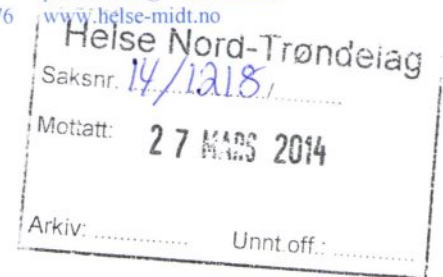
Med utgangspunkt i disse prioriteringene fremmes følgende innspill til investeringsbudsjett for HNT i langtidsbudsjettperioden (tall for 2014 er vedtatt årsbudsjett for inneværende år):

Prioritet	Investeringer (i 1000 kroner)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Finansielle anleggsmidler							
1	Egenkapitalinnskudd KLP	7 195	7 195	7 195	7 195	7 195	7 195	7 195
	Utstyr m.v.							
2	Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	25 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000
	Prosjekter og bygningsmessige investeringer							
3	Div. ombygging/rehabilitering, inkl. HMS	25 370	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
4	Utviklingsplan HNT (ombygging og nybygg)		100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
4.1	Psykatri Levanger; rus og samlokalisering RKSF							
4.2	Helikopterlandingsplass m.v., Levanger							
4.3	Somatikk Namsos; samlok. av operasjonsvirksomhet og utleie av lokaler til kommunal tjenester							
HNT	Sum totale investeringer	57 565	162 195	162 195	162 195	162 195	162 195	162 195

3. VIDERE PROSESS

Forslag til LTB for HMN for perioden 2015 – 2020 forutsettes behandlet i regionstyret 19. juni. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer og vil danne grunnlag for fastsettelse av foretakenes aktivitet og økonomiske rammevilkår for første år i langtidsbudsjettperioden, dvs. for 2015. Direktøren vurderer å komme tilbake til styret med oppdaterte data knyttet til aktivitet og inntektsramme for 2015 i styremøtet 16. juni.

Helse Nord-Trøndelag HF
Sykehuset Levanger, Postboks 333
7601 LEVANGER



Vår ref.
2014/218 - 2363/2014

Deres ref.

Saksbehandler
Reidun Martine Rømo, 74 83 99 17

Dato
24.03.2014

Prinsipper og forutsetninger for langtidsplan og -budsjett 2015-2020

Foretaksgruppen gjennomfører hvert år en rullering av langtidsplan og – budsjett for å fange opp nye krav og signaler fra eier samt eventuelle konsekvenser i langtidsperioden av de vedtak som styret fatter gjennom året.

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet i møte 6. mars 2014 sak 20/14 om forutsetninger og prinsipper som skal legges til grunn for langtidsplan og –budsjett for perioden 2015-2020. Styret gjorde følgende vedtak i tilknytning til saken:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.
2. Styret legger til grunn at mål satt av eier i oppdragsdokument og foretaksprotokoll, sammen med Strategi 2020 for Helse Midt-Norge skal være førende for prioriteringene i langtidsplan og – budsjett.
- Operasjonalisering og krav til gevinstrealisering forutsettes å skje gjennom de enkelte programmer.
3. Styret har ambisiøse mål for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Økonomisk bærekraft er en forutsetning for at målene skal realiseres. Dette vil kreve effektivisering av driften minst på nivå med tidligere vedtak.
4. Tidligere prioriteringer for investering i nybygg står fast og foretaksgruppens totale bygningsmasse skal utvikles og vedlikeholdes. Styret har som mål å sikre tilstrekkelige investeringer i IKT, medisinsk teknisk utstyr, forskning og innovasjon.

Det er i saken lagt til grunn en vesentlig IKT-satsing og hvor det viktigste tiltaket i IKT handlingsplan er skifte av pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal som er planlagt gjennomført i perioden 2014-2019. I sak 20/14 er det ikke tatt høyde for ressurser som foretakene selv må avsette for å forberede og ta imot ny løsning. Tilsvarende er det ikke tatt høyde for redusert aktivitet som må påregnes i innføringsperioden. Helseforetakene må selv ta høyde for dette i eget utfordringsbilde.

Foreløpig inntekts- og aktivitetsfordeling 2015

Forutsigbarhet er et sentralt element for å kunne jobbe langsiktig med omstillingsarbeid. For å knytte langtidsplanen tettere sammen med det årlige budsjettarbeidet legges foreløpig inntekts og aktivitetsfordeling for 2015 frem for styret sammen med langtidsbudsjett 2015-2020. Dette vil gi grunnlag for tidlig dialog og avklaring av utfordringsbildet ved det enkelte helseforetak. Det er sentralt at foretakene samtidig avklarer egne prioriteringer slik at planlegging av tiltak kommer tidligere i gang og muliggjør en mer forutsigbar håndtering av det totale utfordringsbildet.

Foreløpig inntektsfordeling 2015 vil i hovedsak være basert på vedtatte forutsetninger for langtidsperioden og tilgjengelige data for behov, forbruk og pasientstrømmer. Når hovedelementene i denne er beregnet vil det sammen med helseforetakenes egne prioriteringer danne grunnlag for drøfting av utfordringsbildet ved de enkelte foretak. Dette vil skje gjennom dialog mellom HF og RHF i begynnelsen av mai. Det er sentralt at det enkelte foretak i denne sammenheng legger frem alle vesentlige egne prioriteringer og forhold som påvirker virksomhetens samlede utfordring.

Styrebehandling i helseforetakene

Styret i helseforetaket bes om å gi tilbakemelding og innspill på vedtatte prinsipper og føringer som er gitt for langtidsperioden så snart som mulig etter avviklede styremøter medio mai/primus juni.

Når det gjelder behov for tallmateriale og kvalitetssikring knyttet til framskriving av data for langtidsperioden, så vil dette bli avklart administrativt.

Med vennlig hilsen



Trond Michael Andersen
administrerende direktør



Anne-Marie Barane
økonomidirektør

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 20/14 Langtidsplan og -budsjett 2015-2020 Prinsipper og forutsetninger

Saksbehandler	Reidun Martine Rømo
Ansvarlig direktør	Anne-Marie Barane
Saksmappe	2014/12
Dato for styremøte	6. mars 2014

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.
2. Styret legger til grunn at Strategi 2020 skal være førende for prioriteringene i langtidsplan og –budsjett. Operasjonalisering og krav til gevinstrealisering forutsettes å skje gjennom de enkelte programmer.
3. Styret har ambisiøse mål for virksomheten, og vektlegger behovet for en bærekraftig økonomi. For å sikre finansiering av planlagte investeringer og satsingsområder kreves fortsatt betydelig effektivisering minst på nivå med tidligere vedtak.
4. Tidligere prioriteringer for investering i nybygg står fast og foretaksgruppens totale bygningsmasse skal utvikles og vedlikeholdes. Styret har som mål å sikre tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr.

Stjørdal 27.02.14

Trond Michael Andersen
Administrerende direktør

SAKSUTREDNING:

Langtidsplan og -budsjett 2015-2020 – Prinsipper og forutsetninger

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**Utrykte vedlegg i saksmappen**

Sak 24/14 Strategi 2020 - Operasjonalisering gjennom programmer

Sak 97/13 Rullering av strategi 2020

Sak 53/13 IKT-strategi Helse Midt-Norge Del II, Handlingsplan

GJELDENDE FORUTSETNINGER

I forbindelse med behandling av Sak 110/07 Langtidsbudsjett 2008-2013 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF at det skal utarbeides rullerende langtidsbudsjett basert på konsernprinsipper og felles forutsetninger. Foretaksgruppens evne til å bære kostnader knyttet til tidligere vedtak og planlagte investeringer skal analyseres.

Foretaksgruppen gjennomfører hvert år en rullering av langtidsplan og – budsjett for å fange opp nye krav og signaler fra eier samt eventuelle konsekvenser i langtidsperioden av de vedtak som styret gjør gjennom året. Det regionale styret vedtar først prinsipper og forutsetninger som legges til grunn i det videre arbeidet. Styrene i de underliggende helseforetakene vil, basert på vedtatte prinsipper, bli bedt om å gi innspill på overordnede prioriteringer og strategi for langtidsperioden. Basert på dette blir plan og – budsjett for kommende langtidsperiode utarbeidet og lagt frem for styret i juni. I tilknytning til fremleggelsen av langtidsbudsjett legges det også frem en foreløpig inntekts- og aktivitetsfordeling for første år i langtidsperioden. Dette gir helseforetakene økt forutsigbarhet og bedre tid i tilknytning til arbeidet med neste års budsjett.

HELHETLIG DRØFTING**1. Innledning**

Helse Midt-Norge RHF skal sørge for god og likeverdig spesialisthelsetjeneste, forskning, utdanning og opplæring innenfor gitte økonomisk rammer. Strategi 2020, som ligger til grunn for vårt langsiktige arbeid for å utvikle spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge, hviler på et utfordringsbilde det er bred enighet om. Behovet for helsetjenester vil øke når vi blir flere eldre og lever lengre. For at helsetjenesten skal være bærekraftig framover er det nødvendig med omstillings- og forbedringsarbeid. IKT-satsingen i regionen som skal bidra til å utvikle helsetjenesten vil samtidig kreve store ressurser.

Høsten 2013 ble Kunnskapssenteret ferdigstilt som siste byggeprosjekt ved nytt Universitetssykehus i Trondheim, St. Olavs Hospital. Nå står nytt felles akuttsykehus i Nordmøre og Romsdal for tur og prosess knyttet til tomtevalg og innhold i det nye sykehuset er godt i gang.

Helse Midt-Norge har i 2014 fått 17,5 mrd kr i ramme, en økning fra foregående år, slik det har vært hvert år siden reformens start. Hvordan vi forvalter disse midlene er avgjørende for hvordan

vi løser utfordringene vi står overfor i tiden fremover. Sentrale prinsipper for utarbeidelsen av langtidsplan og -budsjett er knyttet til effektivisering, prioritering og risiko. Ambisjonsnivå og vurderinger knyttet til disse områdene gir konkrete føringer for fremtidige investeringsrammer og foreløpig inntektsfordeling for 2015.

2. Strategisk ramme

Helse Midt-Norges Strategi 2020 har vært virksom siden juni 2010. Det ble i 2013 gjennomført en rullering av strategien, jf. styresak 97/13. Styret i Helse Midt-Norge har lagt til grunn at arbeidet for å nå hovedmålene i Strategi 2020 konsentreres om strategiene «*Bedre pasientsikkerhet og kvalitet*» og «*Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom*». Begge strategiene skal realiseres gjennom:

- Standardisering og effektivisering av pasientforløp og arbeidsprosesser støttet av hensiktsmessige IKT-løsninger
- Systematisere arbeidet med helse, miljø og sikkerhet (HMS)
- Bedre samhandlingen mellom enheter og nivåer i helsetjenesten
- Videreutvikle tverrfaglige, kompetente og bærekraftige fagmiljøer
- Ta i bruk pasientens egne ressurser

Det legges til grunn at strategiene skal være førende for prioriteringene i langtidsplanen/langtidsbudsjettet.

Strategiene skal bl.a. operasjonaliseres gjennom følgende tre programmer;

- Program for gjennomføring av IKT Strategi og IKT Handlingsplan i Helse Midt-Norge
- Program for kvalitet og pasientsikkerhet
- Program for effektivisering og virksomhetsutvikling

Det vises bl.a. til styresak 24/14 Strategi 2020 - Operasjonalisering gjennom programmer.

3 Prioriteringer i langtidsperioden

Økonomisk bærekraft er ett av hovedmålene i Strategi 2020. Kapital som medgår til drift må reduseres for å kunne vedlikeholde og utvikle bygg og anlegg, men også for å ta i bruk ny medisinsk teknologi, samt utnytte de mulighetene som IKT gir.

Investeringer i bygg inkludert Nytt sykehus Helse Møre og Romsdal

Det er iverksatt planarbeid for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. I inneværende år forutsettes valg av tomt og vurdering av hvilke oppgaver sykehuset skal ivareta. Avklaring av tomtevalg skjer gjennom en kommuneplan-prosess i de tre aktuelle vertskommunene; Molde, Gjemnes og Kristiansund. Sykehusets oppgaver forutsettes utredet i forbindelse med slutføringen av utviklingsplanarbeidet i Møre og Romsdal. I den sammenheng vil det også bli gjennomført en foreløpig vurdering av sykehusets størrelse, investerings- og driftskostnader, helseforetakets bæreevne og en mulig fremdriftsplan for det videre arbeidet. Det forutsettes at saken behandles av HOD i foretaksmøte, jf lov om helseforetak § 30. *Saker av vesentlig betydning.*

I langtidsperioden vil det være behov for mindre investeringer i foretakene som kan gjennomføres parallelt med bygging av nytt sykehus. Det er derfor lagt til grunn en økning til bygningsmessige investeringer utover behovet for egenkapital til nytt sykehus. Tidligere utredninger vedrørende nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal av 2010 anslår investeringsbehovet i et nytt sykehus til erstatning for sykehusene i Molde, Kristiansund og på Hjelset å være 3985 mill. kr. Dette inkluderer også nødvendige tiltak på eksisterende sykehus i Nordmøre og Romsdal (jf sak 91/10 Nytt sykehus Nordmøre og Romsdal). Tallmaterialet er i denne sammenheng benyttet som eksempel inntil resultat fra dagens utredning foreligger. Fremdriftsplan knyttet til dagens utredning vil bli lagt frem i desember 2014. I sak 91/10 ble følgende fremdriftsplan for ett felles sykehus lagt til grunn:

Aktivitet	Tidspunkt
Prosjektstart	Januar 2011
Valg av tomt/start arkitektkonkurranse	Juni 2013
Gjennomføringsvedtak	Sept 2016
Byggestart	Feb 2018
Idriftsettelse	Des 2021

Psykisk helsevern, St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital HF har utarbeidet en egen utviklingsplan for psykisk helsevern. Investeringsbehovet er anslått til 1,2 – 1,4 mrd. avhengig av valgte løsninger for det tidligere vedtatte psykiatrisenteret på Øya. Styret for Helse Midt-Norge RHF har gitt sin tilslutning til at planlegging og bygging av ny akuttavdeling, midlertidig plassert i bygg for spesialposter/langtidspleie på Østmarka, gis prioritet. Kostnadene forbundet med nevnte bygg er anslått til 238,6 mill kr (2012-kr). Konseptrapport med kostnadsoverslag vil foreligge høsten 2014. Mulig ferdigstillelse i 2017.

Lånefinansiering av dette prosjektet vurderes som lite realistisk. St. Olavs Hospital HF har en plan for finansiering av 30% egenkapital ved salg av eiendom (realiseres i løpet av 2 år). Realisering av prosjektet forutsetter at St. Olavs Hospital klarer å skaffe tilveie en høyere andel egenkapital. Resterende kapitalbehov må eventuelt dekkes ved lån fra regionen for øvrig og i forhold til en avtale om tilbakebetaling. Et lån fra regionen forutsetter tilstrekkelig likviditet for regionen sett under ett.

Regional utviklingsplan

Det foreligger p.t ingen samlet oversikt over investeringsbehovet i Helse Midt-Norge. Sykehusforetakene har utarbeidet egne utviklingsplaner etter oppdrag gitt i tidligere foretaksmøter. Slik disse planene i dag foreligger er de bl.a. bygd på ulike forutsetninger, ulik metode og ulike prosesser. Felles for planene sett i et regionalt perspektiv er at de er utarbeidet med blick på optimalisering i eget foretak og ikke i forhold til en regional optimalisering av et kvalitativt og faglig godt tjenestetilbud og logistikk. Helse Midt-Norge RHF vil i samarbeid med sykehusforetakene utarbeide en regional utviklingsplan. Dette vil også være et viktig bidrag inn i arbeidet med den nasjonale helse- og sykehusplanen.

Isolert viser planene et samlet investeringsbehov på mellom 7,5 – 9 mrd kroner. Helse Midt-Norge har også et etterslep på vedlikehold knyttet til bygningsmassen, se avsnitt under.

Etterslep vedlikehold

Eiendomsmassen i Helse Midt-Norge har varierende kvalitet. Deler av eiendomsmassen er preget av manglende vedlikehold over år og manglende tilpasning til endrede brukskrav. I følge vurderinger sist foretatt i juni 2012 anses 60% av bygningsmassen ha en meget god eller god/tilfredsstillende teknisk standard. Ca 1/3 del av bygningsmassen vurderes som ikke tilfredsstillende og 3% vurderes som veldig dårlig.

Estimert teknisk oppgraderingsbehov er fordelt i to kategorier, hvor:

- Ca. 1,7 milliarder kroner utgjør det primære behovet for kommende 5- års periode.
- Ca. 2,6 milliarder kroner utgjør behovet for ytterligere oppgradering for at bygningsmassen skal få en gjennomgående tilfredsstillende tilstand.

IKT

Strategiske hovedmål i regionens IKT-strategi ble definert og vedtatt i november 2012.

Felles for de strategiske hovedmålene for IKT er at de vil bidra til økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, gjøre systemene mer brukervennlige og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte. Det viktigste tiltaket i handlingsplanen er skifte av pasientadministrative system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ). Styret vedtok i 2013 dette som regional satsning på *Én innbygger – én journal* sammen med kommuner og primærleger i Midt-Norge.

Vedtatt IKT handlingsplan for perioden 2014-2018 har estimert helseforetaksgruppens kostnader (lavt/høyt) til 2300-4200 mill. kroner, inkludert infrastruktur 400-600 mill. kr. Skifte av PAS/EPJ er planlagt gjennomført i perioden 2014-2019, med kostnadsestimat for helseforetaksgruppen på 1200 millioner kr (lavt estimat eksklusive risikopåslag). I samme periode vil det være viktig med fortsatt utvikling av eksisterende systemer, samt nyutvikling i henhold til myndighetskrav. Styrking av teknologi og infrastruktur samt investering i logistikk- og økonomisystem gjøres i forkant. Kostnader for kommuner og primærleger er så langt ikke estimert eller medregnet.

Risikoen i tallmaterialet er fremdeles betydelig. Gjennomføring av forprosjekter er nødvendig for å gi sikrere estimer, risikovurderinger og gevinstanalyse. Etter hvert som fasene i prosjektene går fremover reduseres usikkerheten. Erfaringer med IKT prosjekter er historisk sett at de har betydelig usikkerhet i seg. Handlingsplan IKT opererer med en gjennomsnittlig usikkerhetsprosent på tiltaksområdene på 80% av lavt estimat. En viktig føring for porteføljestylingen av prosjekter vil være å ikke gå ut over årlige vedtatte budsjettrammer. Blir kostnadene høyere skyves gjennomføringen av prosjektene ut i tid og gevinstrealiseringen utsettes tilsvarende.

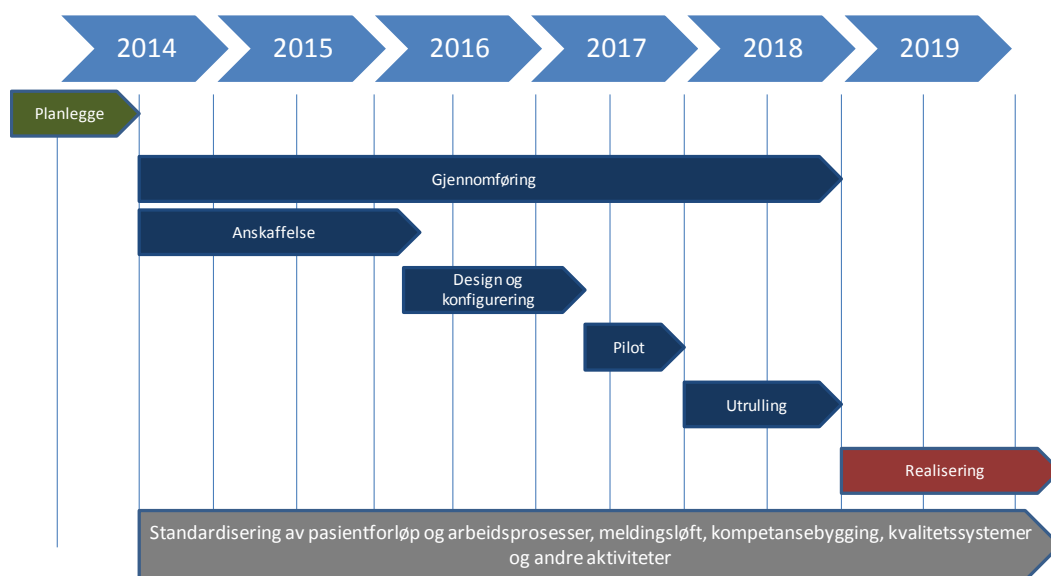
I langtidsbudsjett 2015-2020 legges det til grunn en usikkerhetsprosent på 80% på PAS/EPJ som gir en øvre ramme på 2 160 millioner kroner. Øvrig del av handlingsplanen legges på lavt estimat da dette er knyttet til områder uten tilsvarende usikkerhet.

Den nyetablerte styringsmodellen for IKT handlingsplan, med en Styringsgruppe eHelse som i hovedsak består av direktører for helseforetakene, skal sikre økt prioriterings- og gjennomføringsevne.

Styret har tidligere vedtatt opptrapping av investeringer i IKT som innebærer et årlig investeringsnivå på 250 millioner årlig fra 2014. Oppdatert kostnadsestimat for IKT

handlingsplan, inkludert gjennomsnittlig usikkerhetsprosent, betyr behov for et høyere årlig nivå på IKT-investeringer.

Investeringer i IKT, sammen med tilhørende utvikling av arbeidsprosesser, vil muliggjøre både kvalitetsforbedring og effektivisering av drift. Nytt PAS/EPJ er, ved siden av anskaffelse av ny logistikk- og økonomiløsning i Helse Midt-Norge (HMN LØ), det største løftet på IKT- området i planperioden. Forprosjekt med tilhørende gevinstanalyse («planlegge» i figuren nedenfor) har startet og planlegges ferdigstilt i august 2014. Foreløpig tidsplan for hele prosjektgjennomføringen er skissert under.



Figur 3.1: Foreløpig fremdriftsplan for skifte av PAS/EPJ.

Investering i og skifte av nytt PAS/EPJ er ett av flere store prosjekter som vil gå parallelt i langtidspanen. Det er vesentlig at beslutningspunkter sees i sammenheng og i forhold til det totale utfordringsbildet for foretaksgruppen slik at samlede konsekvenser til enhver tid er tydelig.

Investeringer medisinsk teknisk utstyr

Med medisinsk-teknisk utstyr mener vi ethvert medisinsk utstyr, inklusive in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr, inkludert programvare og systemløsninger, som er beregnet for mennesker til diagnose, overvåking og/eller behandling på medisinsk grunnlag og som for å fungere er avhengig av en energikilde (strøm, lys, gass- eller væsketrykk) samt nødvendig tilbehør til slikt utstyr.

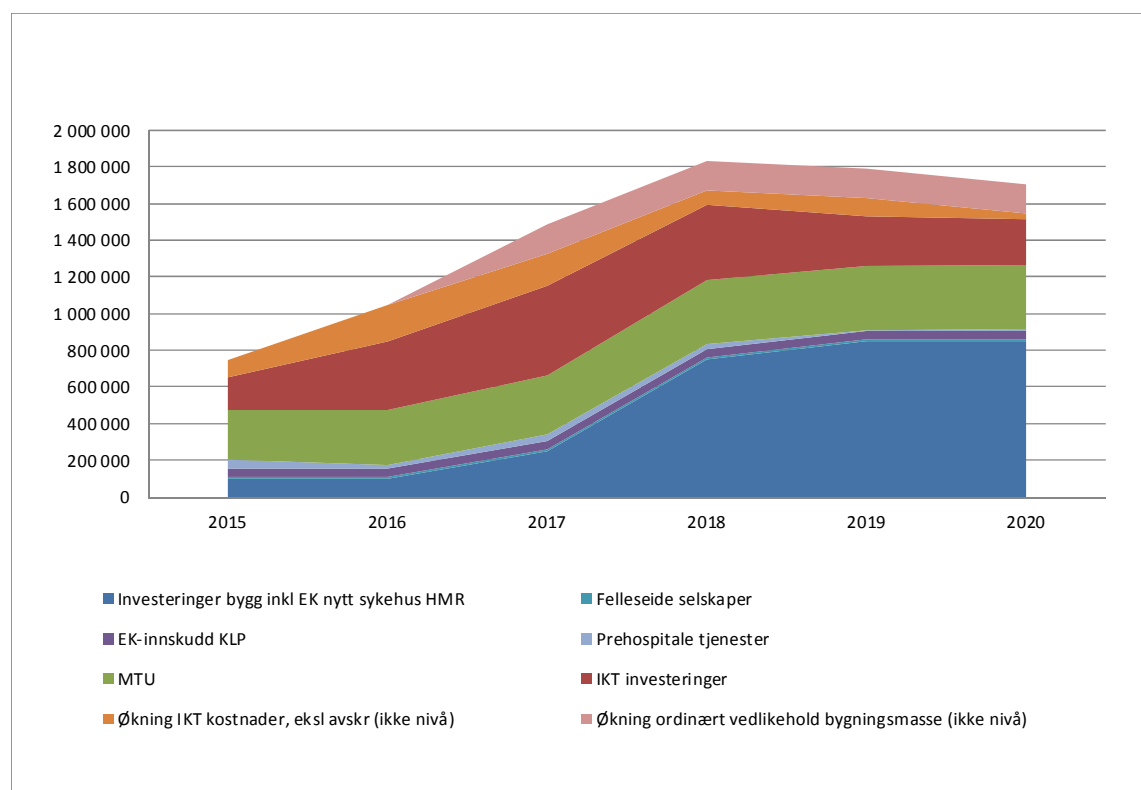
Dette utstyret medvirker til å nå behandlingsmål som ikke ville vært oppnåelig uten dette utstyret. Den teknologiske utviklingen av MTU gir stadig nye muligheter for diagnostikk og nye behandlingsformer i det pasientnære tilbudet i sykehus, i primærhelsetjenesten og i hjemmebasert behandling. MTU og informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT) henger stadig tettere sammen, og dette gir økte muligheter for samhandling mellom tjenesteaktører og tjenestenivåer.

Kostnadene til MTU forventes å øke. Helse Midt-Norge har en vedtatt opptrappingsplan for MTU som går fra 270 mill kr i 2015 til å stabilisere seg på 350 mill kr pr år i 2018. Det er et

løpende behov for å fornye allerede anskaffet utstyr fordi utstyret har begrenset levetid. Samtidig kommer det stadig ny teknologi på markedet.

Mesteparten av investeringsmidlene til MTU fordeles i dag til helseforetakene slik at de selv er ansvarlig for prioritering og gjennomføring av investeringene. Større og regionale investeringer er derimot finansiert av investeringsmidler som holdes igjen på det regionale foretaket. I de senere år har dette i hovedsak vært knyttet til regional plan for utskifting av strålemaskiner. Det vurderes som hensiktsmessig også i fremtiden at en andel av investeringsmidlene underlegges en særskilt vurdering og forbeholdes «tunge» investeringer med et regionalt perspektiv der det er nødvendig med sentralisert drift for å samle kompetanse og investeringskostnadene er store.

Det vil bli iverksatt et arbeid for å kartlegge status på det medisinske tekniske utstyret i alle helseforetak. Dette vil gi et godt grunnlag for å prioritere regionale investeringsmidler samt vurdere fremtidig nivå på samlede investeringer på området.



Figur 3.2 Likviditetsbehov planlagte investeringer, prosjektkostnader IKT og etterslep vedlikehold

I figurens felt om investeringer bygg er behov for egenkapital til nytt sykehus hensyntatt i årene 2018-2020. Likviditet knyttet til egenkapital innskudd KLP og investeringer i felleseide selskaper er lagt inn flatt med til sammen 55 millioner årlig. Prehospitale tjenester omfatter reinvestering i ambulansebiler og reduseres utover i langtidsperioden. For investeringer i MTU er det i tråd med tidligere vedtak lagt inn en økning til 350 millioner årlig fra 2018 og ut langtidsperioden. Investeringer IKT (inkl 80% risikomargin på skifte av PAS/EPJ) vil øke fra ca 180 mill i 2015 til 400-500 millioner pr år i 2016-2018 for deretter å synke til ca 250 mill årlig. Samtidig forventes det økning i IKT kostnader (inkl 80% risikomargin på skifte av PAS/EPJ) på 100-200 mill årlig i

perioden 2015-2019. Økning vedlikehold knyttet til opparbeidet etterslep er i tråd med tidligere vedtak lagt inn med 160 millioner årlig fra 2017 og ut langtidsperioden.

4 Prioriterte utviklingsområder

Prioriterte utviklingsområder er sentrale satsingsområder i regionen men som i utgangspunktet ikke er å betrakte som investering i økonomisk forstand.

Forskning og innovasjon

Forskning er en av de lovpålagte oppgavene til helseforetakene, men fordelingen av de resultatbaserte forskningsmidlene fra HOD viser at HMN får en lavere uttelling enn det øvrige RHF får. Styret i Helse Midt-Norge vedtok i 2009, sak 72/09 - "Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge". I vedtaket heter det at Helse Midt-Norge skal avsette 3 % av total inntekt til forskning og innovasjon innen 2014, av dette skal 2 % avsettes på regionalt nivå, mens 1 % skal avsettes på HF nivå. Videre heter det at Helse Midt-Norges andel av eksterne forskningsmidler skal utgjøre 1 % av total inntekt. Dette betyr at den samlede forskningsaktiviteten skal være om lag 4 prosent av total inntekt.

Status for forskningsinnsatsen per 2014 viser at den regionale andelen er om lag oppfylt hvis man måler ut fra inntektsnivået i 2010, mens andelen fra helseforetakene og eksterne forskningsmidler fortsatt er under opptrapping. Det er lagt opp til at helseforetakene skal øke innsatsen med 10 millioner kroner per år til og med 2017, og foretakene vil da ha trappet opp med til sammen 50 millioner kroner av egne midler.

Det vil i 2014 bli gjennomført en revidering av strategi for forskning og innovasjon, og i denne sammenhengen vil det bli utarbeidet forslag til eventuell videre opptrapping av innsatsen på dette feltet fra 2016.

Program for bedre pasientsikkerhet og kvalitet

I forbindelse med rullering av Strategi 2020 i desember 2013 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF å igangsette et femårig regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet. Programmet skal ta utgangspunkt i vedtatt kvalitetsstrategi, der områdene kunnskap, samhandling, pasientsikkerhet, HMS og ledelse er viktige dimensjoner som inngår. Det jobbes nå med et forprosjekt for å identifisere hvilke tiltak som skal inngå i programmet. Et programmandat vil foreligge i juni 2014. I første fase av programmet vil pasientsikkerhet prioriteres. Det vises for øvrig til sak 24/14.

Pasientskader koster, også økonomisk. Eksempelvis kan en med utgangspunkt i tilgjengelig litteratur grovt beregne at pasientskader årlig fører til omlag 14 000 forlengede pasientopphold innen somatikken i Helse Midt-Norge. Skandinaviske studier har vist at hvert slikt opphold i snitt forlenges med 6–7 dager. Det er i tillegg akseptert at om lag 50 pst. av pasientskadene kan forebygges. Samlet sett indikerer dette at en i Helse Midt-Norge opererer med 40 000 – 50 000 ekstra pasientdøgn årlig som skyldes pasientskader som kan forebygges.

Gevinstrealisering forutsettes å oppnås gjennom en målbar reduksjon i pasientskader. I årets styringsdokument er det satt krav om en 10 pst. reduksjon av alvorlige pasientskader.

Det gis gjennom programmet innsatsmidler (11,5 mill. kroner i 2014) til tiltak innenfor området, og det forventes et årlig behov på om lag samme nivå i programperioden.

Kompetanse og bærekraftig utvikling

Det legges ned en betydelig innsats på alle nivåer i foretaksgruppen for å få et helhetlig bilde av utfordringene innen kompetanse og kapasitet. Likevel har ingen foretak, unntatt Ambulanse Midt-Norge, lyktes med å etablere en helhetlig kompetanseplan som identifiserer de mest sårbare fagmiljøene, verken totalt for foretaket eller i forhold til legegruppen. Dette gir en betydelig risiko både i forhold til kvaliteten på fremtidig tjenestetilbud, men også i forhold til å tilby likeverdige og effektive helsetjenester i hele regionen.

HMN vil i første omgang prioritere å få oversikt over legegruppen, både fordi den representerer en virksomhetskritisk kompetanse og fordi utdanningsløpene er svært lange. Metodikken for analyser bør så videreutvikles og etableres som en gjennomgående og helhetlig standard som kan brukes på ulike nivåer i foretaksgruppen. Et slikt utviklingsløp bør koordineres også nasjonalt, mellom regionene.

Parallelt med å utvikle bedre metoder for å analysere behov for kompetanse og kapasitet, må foretaksgruppen styrke arbeidet med å rekruttere, beholde og videreutvikle medarbeidere. Tiltak bør prioriteres mot de grupper som er identifisert som de mest sårbare på kort og lang sikt. Det bør etableres en gjennomgående metodikk for kompetanseplaner i foretaksgruppen slik at foretaksvisse planer kan nyttiggjøres både i nasjonale og regionale prosesser der behov skal dekkes. I dette arbeidet er det behov for å etablere standardiserte prosesser for medarbeiderutvikling på laveste nivå, som støttes av et kompetansesystem. Å videreutvikle arbeidsmiljøet vil være en viktig faktor i dette arbeidet, både for å rekruttere og beholde medarbeidere, men også for å redusere fravær og frafall.

For å nå HMNs overordnede mål om «Rett kompetanse på rett sted til rett tid» kreves det videre at planleggingen av bemanningen kobles tettere sammen med planlegging av aktiviteten. Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging er derfor en viktig forutsetning for å bedre pasientsikkerhet og dokumentert kvalitet, men også for sikre effektive arbeidsprosesser og pasientforløp.

Parallelt med dette arbeidet, ønsker HMN å systematisere og styrke samarbeidet med utdanningssektoren. Dette samarbeidet må bygge på et bedre kunnskapsgrunnlag om både spesialisthelsetjenesten og hele helsetjenestens fremtidige behov for kompetanse. I løpet av 2014 vil HMN etablere en overordnet strategi for utdanning og kompetanse.

Rusbehandling og psykisk helsevern

Det har vært en opptrapping av rusbehandling i Helse Midt-Norge de siste årene og fra 2014 ble aktiviteten ved Rusbehandling Midt-Norge HF integrert i de tre sykehusforetakene. I Statsbudsjettet for 2014 legges det føringer for en ytterligere opptrapping ved at veksten innenfor rusbehandling og psykisk helsevern skal være sterkere enn veksten innenfor somatisk behandling. Dette skal gjenspeiles gjennom flere tiltak. For rusbehandling skjer det gjennom økt kjøp fra private ideelle virksomheter og styrking av tilbudet i helseforetakene. Veksten innenfor psykisk helsevern skal hovedsakelig skje gjennom økt kapasitet ved de distrikts psykiatriske sentra (DPS) og innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

Bruk av private

Det ligger klare føringer fra den nye regjeringen på økt bruk av private for å utnytte kapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Veksten i bruk av private skal skje først og fremst innenfor psykisk helsevern, rus og rehabilitering, men også til økt kjøp av MR-undersøkelser. I oppdragsdokumentet for 2014 er det stilt krav om at de regionale helseforetakene i større grad

gjør bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte.

Gjennom innføringen av fritt behandlingsvalg, vil man kunne se for seg en ytterligere vekst av private aktører i spesialisthelsetjenesten. Dette vil stille krav om en mer aktiv bruk av denne kapasiteten for å unngå unødige venting for pasienter som trenger behandling. En konsekvens av økt aktivitet hos private aktører vil, uten tilførsel av friske midler/tilsvarende økning i samlet aktivitet, gi en økt utfordring for helseforetakene. Ved en marginalkostnad i helseforetakene som er høyere enn refusjonen i innsatsstyrt finansiering (50 %), vil det ikke være mulig å effektivisere gjennom økt aktivitet. Bærekraftige løsninger på dette vil være å redusere kapasitet og kostnader.

Innføring av nytt nødnett

Stortinget vedtok landsdekkende utbygging av Nødnett ved behandling av Prop 100S (2010-2011). Prosjekt nytt nødnett er et nasjonalt prosjekt eid av Justis- og beredskapsdepartementet. Helsetjenestens del av prosjektet styres av HOD og Helsedirektoratet.

Prosjektet vil gi nødetatene i Norge et nytt avlyttingssikkert sambandssystem som blant annet vil lette samhandlingen mellom etatene. Videre vil systemet gi en god og sikker sambandsdekning i Midt-Norge. Helse Midt-Norge skal ta utstyret i bruk i slutten av inneværende år og i begynnelsen av 2015. Hele landet skal være ferdig utbygd i løpet av 2015. I Helse Midt-Norge er prosjektet organisert som et regionalt prosjekt med lokale innføringsprosjekt i det enkelte helseforetak. I forbindelse med utrulling har de regionale foretakene ansvar for opplæring av kommunale legevaktssentraler og leger i vakt i tillegg til opplæring internt i egen virksomhet.

Det er fra overordnede myndigheter stort fokus på at framdriftsplan skal holdes. Prosjektet er i rute i Helse Midt-Norge.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF – økonomiske rammebetingelser

Styringsdokumentet fra eier gir Sykehusapotekene i Midt-Norge HF to hovedoppgaver:

1. Å levere farmasøytiske tjenester for å kvalitetssikre legemiddelbruk.
2. Å sørge for en sikker og kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon.

Sykehusapotekene sin drift finansieres av fortjenesten som oppnås på salg av legemidler til sykehusene og eksterne kunder, av tjenestesalg til sykehusene (arbeidspriser på produksjon og klinisk farmasi) og en basisbevilgning på 1 million kroner til videreutvikling av klinisk farmasi. Årlig økning i omsetning/fortjeneste har frem til 2011 kompensert for årlig lønns- og prisvekst. Dette er ikke tilfelle lenger. For at Sykehusapotekene skal ha mulighet til å ivareta sine pålagte oppgaver er det behov for etablering av ny finansieringsmodell. En mulig finansieringsmodell er at legemiddelavansen finansierer legemiddeldistribusjonen, mens kvalitetssikring av legemiddelbruk finansieres på annen måte, men dette vil bli utredet nærmere frem mot juni 2014.

5 Prinsipper og forutsetninger for langtidsplan- og budsjett

Styret har ambisiøse mål knyttet til langtidsperioden og det er behov for at foretaksgruppen har en grunnleggende god økonomisk drift og bæreevne. Forventet vekst i inntekter og aktivitet med tilhørende lavere kostnadsvekst, marginalkostnad, er ikke tilstrekkelig til å gi nødvendig økonomisk handlingsrom i langtidsperioden.

Gevinstanalyse

Styret har lagt til grunn at arbeidet for å nå hovedmålene i Strategi 2020 konsentreres om strategiene «*Bedre pasientsikkerhet og kvalitet*» og «*Effektivisere driften for å sikre økonomiske handlingsrom*». Strategiene operasjonaliseres gjennom flere programmer med tilhørende prosjekter. Det er sentralt at alle programmer og prosjekter i Helse Midt-Norge gjennomføres på bakgrunn av en gevinstanalyse. Det forutsettes at en gevinstanalyse legges frem som en naturlig del av et beslutningsgrunnlag for iverksettelse og at den viser hvilke typer gevinster som forventes. I dette ligger et tydelig skille mellom kvalitative og kvantitative (økonomiske) gevinster samt en vurdering av muligheten til å frigjøre likviditet.

Effektivisering

I senere års langtidsbudsjett har det blitt lagt til grunn en årlig effektivisering med varig effekt tilsvarende 1 % av inntektsrammen. I tillegg er det lagt til grunn til en effektivisering knyttet til at økt aktivitet har en lavere marginalkostnad enn hva finansieringen tilsier. Med effektivisering menes at kostnadsnivået blir redusert, noe som innebærer enten at 1) hvis aktiviteten har økt, så har kostnadene økt mindre eller 2) at dersom aktiviteten er uendret, er kostnadene faktisk redusert.

Helseforetakenes egne behov og prioriteringer medfører at den faktiske årlige effektiviseringen har vært høyere enn det som er lagt til grunn fra regionen sin sitt ståsted.

Risikovurdering

Store investeringer legger beslag på betydelig likviditet i årene fremover. Det er sentralt at regionen både greier å spare opp likviditet i forkant og frigjøre likviditet det enkelte år gjennom effektivisering med varig effekt. Samtidig er det behov for å gjennomføre mindre investeringer parallelt med de store investeringsprosjektene for at den øvrige virksomheten skal få gjennomført nødvendige tiltak som grunnlag for utvikling. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal og ny akuttavdeling for psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital er i dag prioritert på investeringssiden. I tillegg har styret for Helse Midt-Norge RHF vedtatt at en skal iverksette tiltak for å ta igjen et betydelig vedlikeholdsetterslep i langtidsperioden samt at IKT handlingsplan ble vedtatt i 2013.

Felles for flere av de store investerings- og utviklingsprosjektene er at planleggingen fortsatt er i en fase hvor det er stor usikkerhet knyttet til kostnadsnivå og hvor gevinstanalyse ikke er ferdigstilt. Dette gir en større usikkerhet i arbeidet med langtidsplan og –budsjett i forhold til tidligere år. For å sikre at Helse Midt-Norge har en god grunnleggende drift og økonomisk bærekraft er det derfor viktig at større beslutninger knyttet til iverksetting/videreføring av investeringsprosjekter også sees i sammenheng med gjeldende langtidsplan og –budsjett. Det kan bli behov for ytterligere prioritering innenfor det enkelte området og/eller mellom områder hvis det oppstår likviditetsunderskudd et enkelte år.

Samtidig gjennomføring av flere store prosjekter har også en risiko knyttet til gjennomføringskraft og behov for fagkompetanse inn i prosjektene. Nøkkelpersonell til prosjektene og ledelsesfokus er en forutsetning for å lykkes både med utviklingsprosjekter og med løpende omstilling i den daglige driften.

Behovet for fortsatt omstilling av virksomheten fra drift til investering er i kommende langtidsperiode kritisk. I løpet av langtidsperioden vi regionen gå fra å spare til fremtidige større investeringer til å bruke av tidligere oppspart kapital. Dersom regionen ikke lykkes med omstillingen vil en ikke ha tilstrekkelige midler til å gjennomføre de planlagte fellesprosjektene.

Det er et faktum at ingen helseforetak oppnår 10 pst effekt av planlagte tiltak. Det er derfor sentralt at det planlegges med tilstrekkelig omfang av tiltak i forhold til den effekten som må realiseres. Det forutsettes at omstillingen har en varig effekt og ikke er knyttet til variable hendelser det enkelte år. Dette er en sterk forutsetning som er selve grunnlaget for å kunne gjennomføre alle prioriterte investerings- og utviklingsprosjekter.

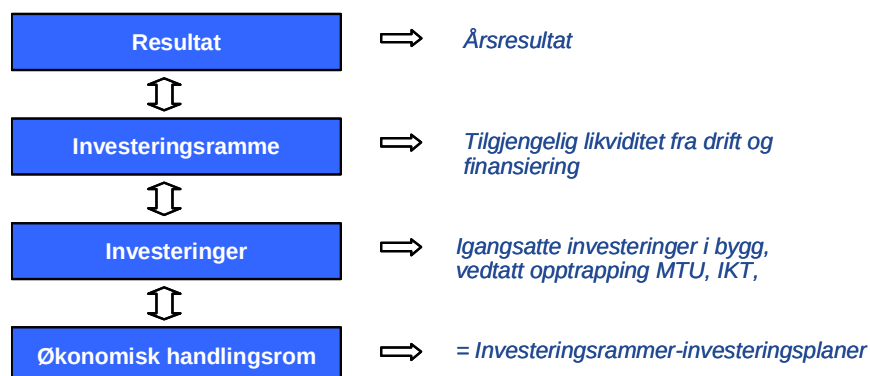
Langtidsbudsjett for perioden 2015-2020 tar utgangspunkt i et årsresultat for foretaksgruppen i tråd med budsjett. Flere av våre helseforetak har en underliggende drift som ikke er i balanse og har hatt store utfordringer både i 2013 og tidligere år. Dette tilsier høy risiko knyttet til forutsetningen om budsjettbalanse i inneværende år og forutsetter tett oppfølging av resultatoppnåelse allerede fra starten av året.

Beregning av økonomisk handlingsrom

Forutsigbarhet er et sentralt element for å kunne jobbe langsiktig med omstillingsarbeid. Dette gjelder både i forhold til omstillingsarbeid i langtidsperioden og i forhold til å komme i gang så tidlig som mulig med budsjettarbeid og planlegging av forbedringsarbeid for kommende år. For å knytte langtidsplanen tettere sammen med det årlige budsjettarbeidet skal langtidsbudsjett 2015-2020 inneholde en foreløpig inntektsfordeling mellom helseforetakene for 2015. Det vil gi grunnlag for tidlig dialog og avklaring av rammene for det enkelte helseforetak. Foreløpig inntektsfordeling 2015 vil være basert på vedtatte prinsipper og forutsetninger for langtidsperioden og tilgjengelige data for forbruk og pasientstrømmer.

En framskriving av befolkningen i HMN fra 2015 til 2020 basert på middels nasjonal vekst gir en samlet vekst for regionen på 5,4 %. I perioden 2002-2010 var det for pasienter bosatt i regionen en økning i somatisk aktivitet målt ved DRG-poeng på 13 %. I samme perioden var befolkningsveksten på 6,2 %. Aktiviteten økte mer enn det dobbelte av befolkningsveksten. I langtidsperioden 2015-2020 vil samhandlingsreformen bidra til å dempe veksten noe for spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det forventet at bruken av private vil øke. HMN har lagt til grunn en årlig vekst i aktiviteten som er noe over befolkningsveksten. I forrige langtidsbudsjett ble det lagt til grunn en årlig vekst i aktiviteten på 1,5 %.

Beregning av økonomisk handlingsrom viser hvor mye kapital foretaksgruppen vil ha tilgjengeliggjort for fremtidige investeringer basert på forutsetningene beskrevet i saken. Beregningene tar utgangspunkt i resultat det enkelte år og det beregnes deretter kontantstrøm generert fra drift og finansiering. Tilgjengelig likviditet sammenholdt med planlagte investeringer viser regionens økonomiske handlingsrom.

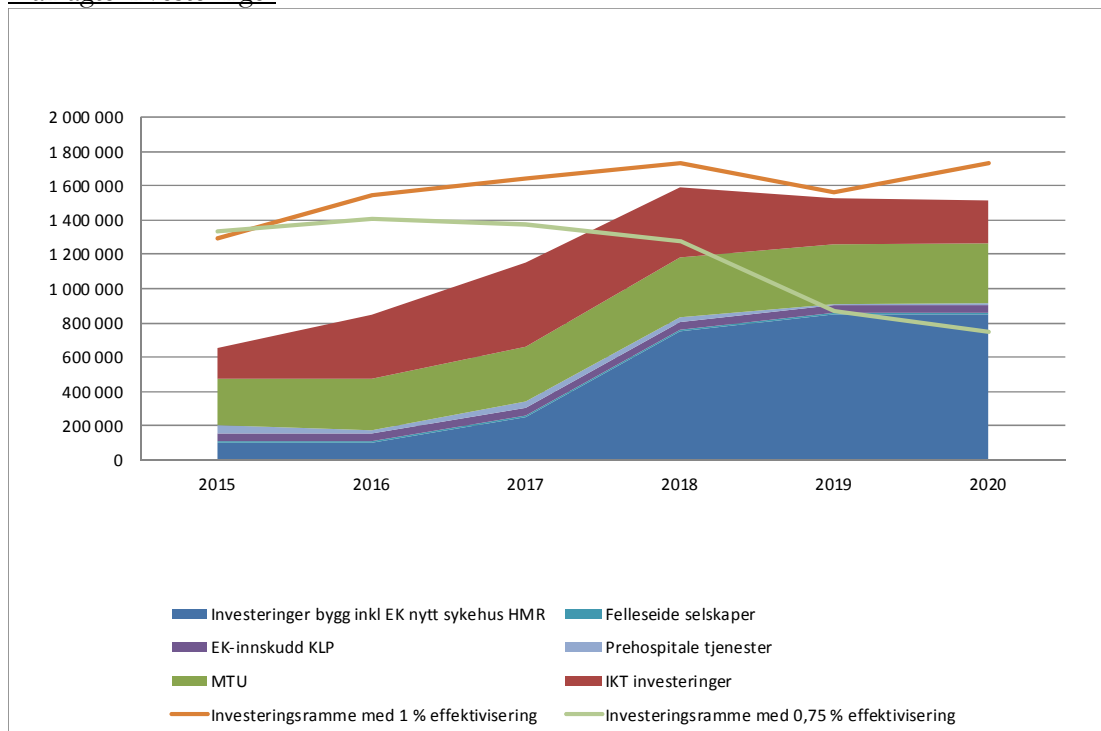


Investeringsramme

Investeringsrammen beregnes ut fra tilgjengelig likviditet fra drift og fra finansiering.

Helse Midt-Norge har en samlet langsiktig gjeld på om lag 3,7 mrd kroner. Avdrag på langsiktig lån krever en nedbetaling på 249 mill årlig. Samlet langsiktig gjeld reduseres da med 1,5 mrd i langtidsperioden og dette har stor innvirkning på vår likviditetssituasjon. Helse Midt-Norge RHF får sin driftskredittramme nedjustert med 240 millioner kroner årlig til og med 2015. Styret har tidligere lagt til grunn en nedbetaling av driftskreditt på 100 mill kr årlig utover krav fra eier. Dette vil redusere samlet gjeld med 2,1 mrd.

Planlagte investeringer



Figur 5.1 Planlagte investeringer og investeringsramme 2015-2020

Figuren viser at en årlig effektivisering på 1% med varig effekt gir en årlig investeringsramme på mellom 1,5 og 1,7 mrd hvert år i langtidsperioden. Med samlede årlige investeringsplaner på mellom 0,7 og 1,6 mrd viser figuren at regionen vil ha tilstrekkelig likviditet gjennom hele langtidsperioden. Figuren viser at 2019 blir det mest kritiske året. Dersom regionen samlet klarer kun en årlig effektivisering på 0,75% med varig effekt vil regionen ikke ha likviditet til å realisere planlagte investeringer.

Finansrisiko

Helse Midt-Norge har pr i dag en samlet langsiktig gjeld på 3,7 mrd kr. Gjeldsportefølgen er i hovedsak bundet i fastrente med 3, 5 eller 10 års varighet. I tillegg kommer en samlet driftskreditt på om lag 1,5 mrd kr. På bakgrunn av den relativt høye andelen gjeld til flytende rente er foretaksgruppen sårbar for økning i rentenivået. Dette vil bli nærmere belyst i forbindelse med styresak om langtidsplan og –budsjett som legges frem i juni.

6 Administrerende direktørs vurdering

Forutsigbarhet er et sentralt element for å kunne jobbe langsiktig med omstillingsarbeid. Helse Midt-Norge må lykkes med omstilling fra drift til investering for å ha tilstrekkelig likviditet til å gjennomføre de planlagte regionale prosjektene. Vi forventer at både nytt sykehus og nytt EPJ/PAS vil gi store forbedringer både for våre pasienter og for våre ansatte.

Årets langtidsplan og –budsjett som vil legges frem for styret i juni inneholder betydelig mer risiko enn det som har vært tilfelle tidligere år. Dette er knyttet til flere forhold. Vi har store investeringer og programmer som er i en relativt tidlig fase hvor det er stor usikkerhet knyttet til omfang av kostnader og hvor gevinstanalyse er under arbeid. Samtidig har flere helseforetak en krevende driftssituasjon hvor det er store utfordringer knyttet til å levere et resultat i tråd med budsjett. Det er et faktum at ingen helseforetak oppnår 100% effekt av planlagte tiltak. Dette er sentralt at helseforetakene tar høyde for dette i arbeidet med tiltak og omstilling. Kravet til effektivisering er betydelig og det er avgjørende at alle foretak leverer økonomiske resultater i tråd med regionens felles mål. *Realisert effekt* av forbedringsarbeidet må være minst på samme nivå som tidligere vedtak.

I tiden fremover skal det tas viktige beslutninger og veivalg knyttet til investeringsprosjekter og programmer som er iverksatt. Det er viktig at disse ulike beslutningene sees i sammenheng og i lys av det totale utfordringsbildet som fremkommer i langtidsplan og –budsjett.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 18/2014 Tilbakemelding på internrevisjonsrapport: Sikkerhet i psykiatriske avdelinger

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag	12. mai 2014	18/2014

Saksbeh: Torbjørn Eliasson

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2014/1492

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret tar handlingsplanen til orientering og forutsetter at de anbefalinger som fremkommer i planen, følges opp snarest. Styret ber videre administrerende direktør oversende handlingsplanen til Helse Midt-Norge RHF.
2. Styret ber administrerende direktør sette spesielt fokus på pasienters og ansattes sikkerhet. Med bakgrunn i psykisk helsevernloven § 4-6 og Helsedirektoratets retningslinjer for gjennomføring av denne, jf. brev av 28.05.13, bes administrerende direktør om å formidle til HMN RHF behov for at akuttavdelingene ved psykiatrisk klinikk, HNT får mulighet til bagasjejennomgang på lik linje med de regionale sikkerhetsavdelingene, og slik at dette behovet tas opp med departementet.

SAKSUTREDNING:

Sak 18/2014 Tilbakemelding på internrevisjonsrapport: Sikkerhet i psykiatriske avdelinger

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Internrevisjonsrapport Helse Nord-Trøndelag HF
2. Oversendelsesbrev i forbindelse med internrevisjonsrapporten
3. Svarbrev av 25.04.14 på internrevisjonsrapporten med vedlegg
4. Brev av 28.05.13 fra Helsedirektoratet

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF har med bakgrunn i aktivitetsplanen for 2012-2013 gjennomført revisjon av temaet: ” Revisjon-Iverksetting av lovendringer i psykisk helsevernloven og vurderinger av sikkerhet i psykiatriske avdelinger” i de tre helseforetakene i regionen.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Bakgrunn, formål og omgang

Bakgrunnen for revisjonen var følgende:

I en henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fra september 2012 ble Helse Midt-Norge RHF, i likhet med de andre regionale helseforetakene, bedt om å gjøre rede for sitt arbeid med implementering av de nye bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 4A: Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med ekstra høyt sikkerhetsnivå. Denne lovendringen trådte i kraft med virkning fra 1. juli 2012. Hensikten med lovendringen er å heve sikkerhetsnivået i landets regionale sikkerhetsavdelinger.

I tillegg ba HOD om at de regionale helseforetakene gir en redegjørelse for hvordan de vurderer sikkerhet ved de regionale sikkerhetsavdelingene, samt ved lokale sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger i helseregionen.

Revisjonen er gjennomført ved følgende helseforetak og fagområder:

• Helse Nord – Trøndelag:

- ☐ Akuttavdelingen Psykiatrisk klinikk, Levanger
- ☐ Akuttavdelingen Psykiatrisk klinikk, Namsos

• Helse Møre og Romsdal:

- ☐ Lokal sikkerhetsavdeling Psykiatrisk avdeling, Ålesund
- ☐ Akuttavdelingen Psykiatrisk klinikk, Molde

• St. Olavs Hospital:

- ☐ Regional og lokal sikkerhetsavdeling Brøset
- ☐ Akuttavdelingen Psykiatrisk klinikk, Østmarka

Hovedfunn

Konklusjoner revisjon Helse Nord-Trøndelag:

Konklusjoner akuttenheten i akuttpsykiatrisk sengepost, Sykehuset Namsos

- Lokalene ved akuttseksjonen i Namsos virker i all hovedsak godt egnet til formålet.
- Seksjonen/foretaket har en utfordring når det gjelder mangelfullt lydisolert skjermingsrom.
- God og kontinuerlig opplæring er viktige sikkerhetstiltak. Klinikken/seksjonen har et opplegg for opplæring og kompetanseheving som virker godt innarbeidet, og man er bevisste på betydningen av å ha et personale med høy kompetanse.
- Personalet har høy bevissthet på å begrense bruk av tvangsmidler og å arbeide for å forebygge tvangsbruk.
- Seksjonen har etablert et trygt system for ivareta sikkerhet på en rekke områder, bl.a. mottak/innleggelse av pasienter, vurdering av voldsrisiko og suicidalfare, sjekking av mobil reimseng og når personalet blir utsatt for vold/trusler.
- Med bakgrunn i opplysninger i intervju og til dels skriftlig dokumentasjon er internrevisjonen usikker på om seksjonens praksis med gjennomgang av pasientens bagasje og klær er i tråd med regelverket, jf psykisk helsevernlov § 4-6.
- Seksjonen har et godt system for melding og håndtering av uønskede hendelser.
- Når det gjelder opplegg for systematiske risikovurderinger har internrevisjonen merket seg at helseforetaket har et skriftlig system for hvordan dette gjennomføres, men det har ikke fremkommet opplysninger i revisjonen som viser at det har vært gjennomført systematiske risikovurderinger i akuttseksjonen.

Konklusjoner seksjon for akuttpsykiatri, sengepostavdelingen, Sykehuset Levanger.

- Bygningsmessige forhold ved akuttsesjonen virker i hovedsak gode, men det er ønskelig med bedre kapasitet på skjermingsplasser.
- God og kontinuerlig opplæring er viktige sikkerhetstiltak. Klinikken og seksjonen synes å ha et godt opplegg for dette og er bevisste på at kompetanseutvikling har betydning for gode og sikre tjenester.
- Sikkerhetstenkning virker godt etablert og innvevd i daglig arbeid, sammen med en bevisst holdning og respekt i tilnærmingen til pasientene.
- Personalet er bevisste på å begrense bruk av tvangsmidler og å arbeide for å forebygge tvangsbruk.
- Seksjonen har en praksis der det gjennomføres rutinemessig undersøkelse av pasienters bagasje ved innleggelse. Dette er ikke i tråd med gjeldende regelverk.
- Klinikken/seksjonen har mange prosedyrer for ivaretagelse av ulike aspekter ved sikkerhet.

- Seksjonen arbeider systematisk med melding og håndtering av uønskede hendelser og forbedringsarbeid knyttet til dette, men det bør fortsatt rettes oppmerksomhet mot temaet for å bidra til å opprettholde bruk av meldesystemet.
- Seksjonen arbeider systematisk med risikovurderinger, melding og håndtering av uønskede hendelser og forbedringsarbeid knyttet til dette, men det bør fortsatt rettes oppmerksomhet mot temaet for å bidra til at meldesystemet brukes i større grad.

Revisjonsutvalgets anbefalinger:

Namsos:

- Psykiatrisk klinikk/helseforetaket bør vurdere om det kan settes inn tiltak for å forbedre problemer knyttet til mangelfull lydisolert skjermingsrom.
- Akuttseksjonen bør gjennomgå sin praksis med undersøkelse av pasientenes bagasje for å sikre seg at praksisen er i samsvar med regelverket.
- Seksjonen bør sørge for at det gjennomføres risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten.

Levanger:

- Psykiatrisk klinikk/seksjonen bør endre praksis og skriftlige rutiner når det gjelder undersøkelse av pasienters bagasje m.m. slik at dette samsvarer med regelverket.
- Seksjonen bør fortsatt rette oppmerksomhet mot meldekultur, klargjøring av kriterier for melding og håndtering av uønskede hendelser, og på forbedringsarbeid knyttet til dette.
- Seksjonen bør sørge for at det gjennomføres risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten.

HELHETLIG DRØFTING

I oversendelsesbrevet ble vi bedt om å kommentere anbefalingene, samt tiltak knyttet til rapportens kap 6, 5. avsnitt der det fremgår følgende:

Etter internrevisjonens vurdering har de reviderte enhetene et forbedringspotensiale når det gjelder internkontrollsystemet. Seksjonene har en del prosedyrer og retningslinjer som regulerer virksomheten, men internrevisjonens oppfatninger at dokumentasjonen er lite helhetlig og til dels lite dekkende i forhold til viktige områder av virksomheten.

I forbindelse med foretakets utarbeidelse av handlingsplan foreslår internrevisjonen et møte for en gjennomgang av anbefalingene knyttet til pkt 1) i handlingsplanen og en utdyping av vår vurdering i pkt 2).

Det er ønskelig at handlingsplanen er behandlet i styret i Helse Nord-Trøndelag HF før den oversendes til oss.

I tråd med de føringer som er gitt over og for å få gjennomført de anbefalingene som revisjonsrapporten peker på, legges følgende tiltaksplan til grunn i Helse Nord-Trøndelag:

Som det ble anbefalt i oversendelsesbrevet ble det avholdt et oppklaringsmøte for å gå gjennom anbefalingene knyttet til pkt 1) i handlingsplanen og en utdyping av deres vurdering i pkt 2).

I forhold til pkt 2) viste det seg at internrevisjonsgruppa ikke var forevist vårt elektroniske kvalitetssystem som ligger i EQS. Det ble gjennomgått i møtet, og etter det vi fikk inntrykk av ble det klargjørende i forhold til rapportens bemerkning om at dokumentasjonen var lite helhetlig og til dels lite dekkende i forhold til områder av virksomheten. Vårt kvalitetssystem er et viktig element i vår ISO-sertifisering, og blir revidert årlig av Det Norske Veritas. Slik dokumentasjonen ble forevist på møtet oppfattet vi at revisjonsgruppe ble svært fornøyd med vår dokumentasjon.

I forhold til pkt 1) var to av bemerkningene til Namsos og Levanger likelydende. Det alvorligste punktet var praksis og skriftlige rutiner når det gjelder undersøkelse av pasientenes bagasje. Allerede under revisjonen ble dette påpekt, og vi endret derfor umiddelbart våre Husordensregler og rutiner i forhold til bagasjegenomgang. Vi endret rutinene fra at all bagasje skulle gjennomgås, til at vi oppfordret alle pasientene til at de frivillig lot oss gjennomgå bagasjen. Dersom de ikke ønsket dette vurderte vi om vi skulle fatte vedtak om bagasjegenomgang.

Så viste det seg at Helsedirektoratet sendte ut et brev datert 28.05.2013 som omhandlet dette, altså etter at revisjonen fant sted. I dette brevet var det en innskjerping av rutinene vedrørende bagasjegenomgang. Dette ble vi gjort oppmerksom på under møtet 13.01.2014. Våre rutiner som ble revidert umiddelbart etter revisjonen våren 2013, var i konflikt med dette rundskrivet. Helsedirektoratet påpeker at loven legger opp til at det alltid skal fattes vedtak om bagasjegenomgang, selv om pasienten samtykker i dette.

Vi tok derfor umiddelbart grep, og iverksatte følgende:

Ved en endring om at det skal alltid være vedtak for bagasjegenomgang, må følgende dok endres:

- Husordensreglene (13825)
- Innleggelse, felles prosedyre for klinikken (13820)
- Sikkerhetsinstruks, seksjon akutt, SL (7750)
- Innleggelse, seksjon akutt, SN, sjekkliste (7726)
- Innleggelse, seksjon psykose, SN Huskeliste (18763)
- Innleggelse, seksjon psykose, SL – sjekkliste (4146)
- Innleggelse, seksjon ARP Døgn – sjekkliste (15161)

Disse dokumentene er nå revidert i samsvar med brevet fra Helsedirektoratet.

Det må samtidig bemerkes at vi er redd for at denne endringen skal gå ut over sikkerheten til medpasienter og personalet. I praksis betyr det at vi må fatte vedtak på nesten alle pasientene som bli lagt inn på akuttseksjonene. Vi ber derfor RHFet ta opp dette med de sentrale myndigheter, og la akuttseksjonene få samme unntak i forhold til dette på lik linje med de regionale sikkerhetspostene.

Når det gjelder risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten, er vi enig at vi skal ha fullt fokus på dette. Vi har et avvikssystem som kan systematisere våre feil og uønskede hendelser, slik at vi kan se om dette ligger på systemnivå eller om det er personlige feil. Det blir gjennomført årlige vernerunder med verneombud, seksjonsleder, koordinator og seksjonsspesialist med fokus på sikkerhet. Det er fokus på opplæring av personell angående akuttsituasjoner (brann, utagering, overfallsalarm og førstehjelp)

det er også samarbeid med somatiske avdelinger i opplæring av personell. I tillegg til dette vil vi be vår bedriftshelsetjeneste om å gjennomføre en risikovurdering av våre akuttseksjoner.

I Namsos har de i tillegg bygningsteknisk gjennomgang sammen med teknisk avdeling for å forbedre sikkerheten ved sengepostene. Det er gjort store forbedringer med alarmsystemet ved sengeposter og behandlerkontor.

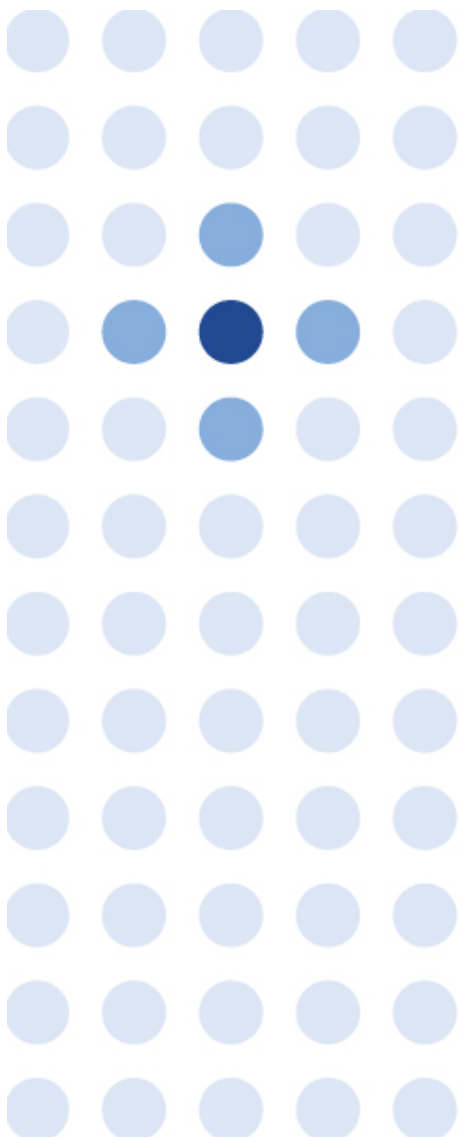
Når det gjelder å forbedre problemer knyttet til mangelfull lydisolert skjermingsrom i Namsos, kan bemerkes:

Rom som er beskrevet som skjermingsrom i rapporten er ikke skjermingsrom ved akuttposten. Rommet ble brukt som en midlertidig løsning i en tidsbegrenset tid.

På Levanger ble det også påpekt at seksjonen bør fortsatt rette oppmerksomhet mot meldekultur, klargjøring av kriterier for melding og håndtering av uønskede hendelser, og på forbedringsarbeid knyttet til dette. Vi er enig i at det er viktig å melde fra om uønskede hendelser og at meldekulturen alltid kan forbedres. Vi har et elektronisk avvikssystem som skal brukes til dette. Det er viktig å gi tilbakemelding til personalet for å se om det er noe på systemnivå som kan forbedres. Dette er en fast post på personalmøtene og seksjonsråd, og bidrar til å holde «trykket» på meldekulturen oppe.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Anbefalingene som er gitt fra revisjonsgruppa, samt handlingsplanen fra psykiatrisk klinikk, medfører ingen økonomiske konsekvenser. Det ble imidlertid påpekt at det var ønskelig med bedre kapasitet på skjermingsplasser. Dette er noe vi vil se på i forbindelse med vurderingen av et evt. nybygg ved psykiatrisk klinikk Levanger.



Internrevisjonsrapport

Helse Nord-Trøndelag HF

Revisjon – Iverksetting av
lovendringer i psykisk
helsevernloven og vurdering av
sikkerhet i psykiatriske avdelinger

Stjørdal 28. februar 2013

HELSE  MIDT-NORGE

INTERNREVISJONEN

Innholdsfortegnelse

1. Rapportinformasjon.....	3
2. Sammendrag.....	4
3. Innledning.....	5
3.1 Bakgrunn og formål	5
3.2 Omfang.....	6
3.2.1 Revisjonsenheter	6
3.2.2 Problemstillinger	6
3.3 Revisjonskriterier	7
3.3.1 Lovgrunnlag	7
3.3.2 Interne styringsdokumenter	8
3.4 Metode.....	8
3.4.1 Dokumentanalyse	8
3.4.2 Intervjuer og befaring.....	8
4. Sentrale funn og vurderinger, akuttseksjonen Namsos	8
4.1 Beskrivelse av virksomheten.....	8
4.2 Ulike aspekter ved sikkerhet	9
4.2.1 Bemanning, kompetanse og opplæring	9
4.2.2 Bygningsmessige forhold.....	10
4.2.3 Sikkerhetstenkning i det faglige arbeidet	10
4.2.4 Etterlevelse av regelverk	11
4.2.5 Andre sikkerhetsmessige tiltak.....	11
4.3 Systematisk risikovurdering og forbedringsarbeid	12
4.4 Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger	12
5. Sentrale funn og vurderinger, seksjon for akuttbehandling, Levanger	15
5.1 Beskrivelse av virksomheten.....	15
5.2 Ulike aspekter ved sikkerhet	15
5.2.1 Bemanning, kompetanse og opplæring	15
5.2.2 Bygningsmessige forhold.....	16
5.2.3 Sikkerhetstenkning i det faglige arbeidet	17
5.2.4 Etterlevelse av regelverk	17
5.2.5 Andre sikkerhetsmessige tiltak.....	17
5.3 Systematisk risikovurdering og forbedringsarbeid	18
5.4 Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger	19
6. Samlet vurdering	21
7. Vedlegg	23

1. Rapportinformasjon

Revisjonsperiode: November 2012 - mars 2013.

Virksomhet: Helse Nord-Trøndelag HF:
Seksjon for akuttbehandling, Sykehuset Levanger.
Akuttseksjonen i akuttpsykiatrisk sengepost, Sykehuset Namsos

Oppdragsgiver: Styret for Helse Midt-Norge RHF v/Revisjonsutvalget

Fra internrevisjonen:

- o Tone Opdahl Mo, revisjonsleder
- o Ellinor Wessel Pettersen

Fagpersoner fra helseforetakene:

- o Gaute Nilsen, psykiater, Helse Nord-Trøndelag
- o Siw Sæther, psykiatrisk sykepleier, St. Olavs Hospital, Brøset
- o Stian Kambuås, sykepleier, St. Olavs Hospital, avd Østmarka
- o Line Lingen, psykiatrisk sykepleier, Helse Møre og Romsdal, Hjelset

Kontaktpersoner: Helse Nord-Trøndelag: Gaute Nilsen
St. Olavs Hospital: Stian Kambuås/Siv Sæther
Helse Møre og Romsdal: Line Lingen
Internrevisjonen: Tone Opdahl Mo

2. Sammendrag

I en henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fra september 2012 ble Helse Midt-Norge RHF, i likhet med de andre regionale helseforetakene, bedt om å gjøre rede for sitt arbeid med implementering av de nye bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 4A: Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Denne lovendringen trådte i kraft med virkning fra 1. juli 2012. Hensikten med lovendringen er å heve sikkerhetsnivået i landets regionale sikkerhetsavdelinger.

I tillegg ba HOD om at de regionale helseforetakene gir en redegjørelse for hvordan de vurderer sikkerhet ved de regionale sikkerhetsavdelingene, samt ved lokale sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger i helseregionen.

Helse Midt-Norge RHF har bedt Internrevisjonen om å utføre denne gjennomgangen som en revisjon.

Formål med revisjonen:

1. Undersøke om den regionale sikkerhetsavdelingen Brøset har etablert et system som sikrer styring og kontroll med at kap 4A i psykisk helsevernlov iverksettes i virksomheten i tråd med formålet med de nye reglene.
2. Med basis i relevant informasjon foreta en vurdering av sikkerheten ved den regionale sikkerhetsavdelingen, lokale sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger i helseforetakene i regionen.

Revisjonen er gjennomført ved regional og lokal sikkerhetsavdeling Brøset ved St. Olavs Hospital, lokal sikkerhetsavdeling i Helse Møre og Romsdal (Ålesund), og ved akuttavdelinger i Helse Nord-Trøndelag (Namsos og Levanger), Helse Møre og Romsdal (Molde) og St. Olavs Hospital (Østmarka)

Konklusjoner revisjon Helse Nord-Trøndelag:

Konklusjoner akuttenheten i akuttpsykiatrisk sengepost, Sykehuset Namsos

- Lokalene ved akuttseksjonen i Namsos virker i all hovedsak godt egnet til formålet.
- Seksjonen/foretaket har en utfordring når det gjelder mangelfullt lydisolert skjermingsrom.
- God og kontinuerlig opplæring er viktige sikkerhetstiltak. Klinikken/seksjonen har et opplegg for opplæring og kompetanseheving som virker godt innarbeidet, og man er bevisste på betydningen av å ha et personale med høy kompetanse.
- Personalet har høy bevissthet på å begrense bruk av tvangsmidler og å arbeide for å forebygge tvangsbruk.
- Seksjonen har etablert et trygt system for ivareta sikkerhet på en rekke områder, bl.a. mottak/innleggelse av pasienter, vurdering av voldsrisiko og suicidalfare, sjekking av mobil reimseng og når personalet blir utsatt for vold/trusler.
- Med bakgrunn i opplysninger i intervju og til dels skriftlig dokumentasjon er internrevisjonen usikker på om seksjonens praksis med gjennomgang av pasientens bagasje og klær er i tråd med regelverket, jf psykisk helsevernlov § 4-6.
- Seksjonen har et godt system for melding og håndtering av uønskede hendelser.

- Når det gjelder opplegg for systematiske risikovurderinger har internrevisjonen merket seg at helseforetaket har et skriftlig system for hvordan dette gjennomføres, men det har ikke fremkommet opplysninger i revisjonen som viser at det har vært gjennomført systematiske risikovurderinger i akuttseksjonen.

Konklusjoner seksjon for akuttpsykiatri, sengepostavdelingen, Sykehuset Levanger.

- Bygningsmessige forhold ved akuttsesjonen virker i hovedsak gode, men det er ønskelig med bedre kapasitet på skjermingsplasser.
- God og kontinuerlig opplæring er viktige sikkerhetstiltak. Klinikken og seksjonen synes å ha et godt opplegg for dette og er bevisste på at kompetanseutvikling har betydning for gode og sikre tjenester.
- Sikkerhetstenkning virker godt etablert og innvevd i daglig arbeid, sammen med en bevisst holdning og respekt i tilnærmingen til pasientene.
- Personalet er bevisste på å begrense bruk av tvangsmidler og å arbeide for å forebygge tvangsbruk.
- Seksjonen har en praksis der det gjennomføres rutinemessig undersøkelse av pasienters bagasje ved innleggelse. Dette er ikke tråd med gjeldende regelverk.
- Klinikken/seksjonen har mange prosedyrer for ivaretagelse av ulike aspekter ved sikkerhet.
- Seksjonen arbeider systematisk med melding og håndtering av uønskede hendelser og forbedringsarbeid knyttet til dette, men det bør fortsatt rettes oppmerksomhet mot temaet for å bidra til å opprettholde bruk av meldesystemet.
- Seksjonen arbeider systematisk med risikovurderinger, melding og håndtering av uønskede hendelser og forbedringsarbeid knyttet til dette, men det bør fortsatt rettes oppmerksomhet mot temaet for å bidra til at meldesystemet brukes i større grad.

Anbefalinger står i kapittel 4.4 og 5.4.

3. Innledning

3.1 Bakgrunn og formål

I en henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fra september 2012 bes Helse Midt-Norge RHF, i likhet med de andre regionale helseforetakene, om å gjøre rede for sitt arbeid med implementering av de nye bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 4A: Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Denne lovendringen trådte i kraft med virkning fra 1. juli 2012. Tidligere har ikke psykisk helsevernloven skilt mellom ulike sikkerhetsnivåer, og det har vært påpekt at dette innebærer en for stor risiko for rømning, gisseltaking og alvorlig voldsutøvelse mot pasienter og personell i avdelinger der særlig farlige pasienter oppholder seg. Hensikten med lovendringen er å heve sikkerhetsnivået i landets regionale sikkerhetsavdelinger.

I tillegg til denne redegjørelsen etterspør HOD RHFets vurdering av sikkerhet ved de regionale sikkerhetsavdelingene, samt ved lokale sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger i helseregionen.

Helse Midt-Norge RHF har bedt Internrevisjonen om å utføre denne gjennomgangen som en revisjon. Revisjonskomiteen og styret har vedtatt at prosjektet skal gjennomføres i 2012-2013.

Formål med revisjonen:

3. Undersøke om den regionale sikkerhetsavdelingen Brøset har etablert et system som sikrer styring og kontroll med at kap 4A i psykisk helsevernlov iverksettes i virksomheten i tråd med formålet med de nye reglene.
4. Med basis i relevant informasjon foreta en vurdering av sikkerhetsnivået ved den regionale sikkerhetsavdelingen og sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger i helseforetakene i regionen.

3.2 Omfang

3.2.1 Revisjonsenheter

Regional sikkerhetsavdeling:

- St. Olavs hospital HF, avdeling Brøset. 10 regionale sikkerhetsplasser

Lokale sikkerhetsavdelinger:

- St. Olavs hospital HF, avdeling Brøset. Brøset har to regionale og en fylkesdekkende sikkerhetspost. Den fylkesdekkende posten dekker behovet for lokale sikkerhetssenger både for Sør- og Nord-Trøndelag. 8 sengeplasser
- Helse Møre og Romsdal HF: Voksenpsykiatrisk avdeling, Seksjon for forsterket rehabilitering Ålesund sjukehus. 6 sengeplasser

Akuttavdelinger:

- Helse Nord-Trøndelag HF: Psykiatrisk klinikk, Akuttseksjonen sengepostavdelingen, Sykehuset Levanger. 12 sengeplasser.
- Helse Nord-Trøndelag HF: Psykiatrisk klinikk, Akuttsengepost, Sykehuset Namsos. 7 sengeplasser.
- St. Olavs hospital HF: Divisjon psykisk helsevern, Akuttseksjonen, avdeling Østmarka. 41 sengeplasser.
- Helse Møre og Romsdal HF: Psykiatrisk klinikk, Seksjon for akuttpsykiatri Hjelset, Molde sjukehus. 12 sengeplasser.

3.2.2 Problemstillinger

Sikkerhet er et sammensatt fenomen, og for å tydeliggjøre ulike sider ved begrepet kan man skille mellom fysisk, dynamisk og organisatorisk sikkerhet. Fysisk sikkerhet vil inneholde forhold knyttet til bygninger, gjerder, bruk av alarmer, slusesystemer og andre konkrete forhold. Med dynamisk sikkerhet menes relasjonelle forhold mellom ansatte og pasienter, måter man arbeider på, og hvilke tilnærminger og hvilken tenkning arbeidet innebærer. Her kommer personalets kompetanse og erfaring inn som et viktig element. De organisatoriske sikkerhetsforholdene er knyttet til rutiner og prosedyrer som etableres for å sørge for en sikker organisatorisk struktur rundt virksomheten og for at man sikrer drift innenfor lover og

forskrifter som gjelder for virksomheten. Så vil det være snakk om at sikkerheten skal ivaretas overfor ulike grupper: For pasientene selv og medpasientene, for personalet, og den generelle samfunnssikkerheten – sikkerhet for omgivelsene.

Med utgangspunkt i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet er følgende problemstillinger formulert for revisjonen:

1. Hvordan har Regional sikkerhetsavdeling Brøset sikret iverksettelse av kap 4A i Lov om psykisk helsevern i tråd med formålet med de nye reglene?
2. Hvordan er sikkerheten ved den regionale sikkerhetsavdelingen?
3. Hvordan er sikkerheten ved sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger i helseforetakene?

For å besvare problemstillingene, er følgende forhold undersøkt:

- Organisering av virksomheten
- Ulike aspekter ved sikkerhet:
 - Bemanning, kompetanse og opplæring
 - Bygningsmessige forhold
 - Sikkerhetstenkning i det faglige arbeidet
 - Etterlevelse av regelverk
 - Andre sikkerhetsmessige tiltak
- System for risikovurdering/håndtering av uønskede hendelser/forbedringsarbeid

3.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er standarden som den innsamlede informasjonen i revisjonen vurderes opp mot.

Revisjonskriteriene i denne revisjonen er utledet fra følgende kilder:

3.3.1 Lovgrunnlag

- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2: Plikt for spesialisthelsetjenesten til å gi forsvarlig helsehjelp
- Psykisk helsevernloven - særskilt fokus på kap 4 og kap 4A
- FOR 2011-12-16 nr 1258: Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)
- Prop. 108 L (2011-2012) Endringer i psykisk helsevernloven
- Inst. 371 L (2011-2012) fra helse- og omsorgskomiteen
- Internkontrollforskriften

Et viktig utgangspunkt for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern er formålsbestemmelsen i psykisk helsevernlov (§ 1-1):

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet”.

Nærmere utdyping av regelverket som gjelder for regional sikkerhetsavdeling, lokale sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger finnes i vedlegg 1.

3.3.2 Interne styringsdokumenter

Oversikt over interne styringsdokumenter tilsendt internrevisjonen finnes i vedlegg 2.

3.4 Metode

3.4.1 Dokumentanalyse

Det er innhentet og analysert relevant dokumentasjon som belyser problemstillingene. Dokumentene har blitt benyttet som kildemateriale, underlag for videre undersøkelser og som revisjonskriterier. Dokumenter som er benyttet går fram av teksten.

3.4.2 Intervjuer og befaring

Det er gjennomført intervjuer med personer på alle ledernivåer samt med et utvalg av ansatte fra de ulike personellgruppene. Det ble gjennomført intervjuer med til sammen 19 personer i de reviderte enhetene i Helse Nord-Trøndelag. Det ble intervjuet personell med følgende funksjoner:

- Klinikksjef
- Avdelingssjef
- Seksjonssjef
- Teamleder/koordinator/fagansvarlig sykepleier
- Miljøpersonell (sykepleier/psykiatrisk sykepleier, vernepleier, hjelpepleier, sosionom o.l.)
- Behandlingspersonell (psykiater, lis-lege, turnuslege, psykologspesialist, psykolog)

Videre er det gjennomført en befaring i hver enkelt enhet for å få et inntrykk og en vurdering av fysisk utforming av omgivelser og hvordan de fungerer.

4. Sentrale funn og vurderinger, akuttseksjonen Namsos

4.1 Beskrivelse av virksomheten

Akuttpsykiatrisk sengepost er en av tre sengeposter ved Sykehuset Namsos, Psykiatrisk klinikk. Psykiatrisk klinikk er en gjennomgående klinikk i helseforetaket. Akuttseksjonen består av akuttenheten med 7 plasser og allmennpsykiatrisk enhet med 7 plasser. Denne revisjonen er rettet mot akuttenheten.

Legene og psykologspesialistene er ansatt i en vaktlegeenhet som dekker hele psykiatrisk avdeling i Namsos. Legene arbeider fast i hver sine seksjoner. Miljøpersonell og psykologer er ansatt i seksjon for akutt- og allmennpsykiatri. Nattevakter dekker både akutt- og allmennpsykiatri. Det er ca 30 årsverk fordelt på 43 personer i akuttseksjonen. Av disse er det en psykolog, 25 sykepleiere, 6 med annen høyskoleutdanning og 11 med annen utdanning. Det er ca 30 % menn og 70 % kvinner blant de ansatte.

Avdelingen la om strukturen for noen år siden, og gjorde om allmenn- og psykoseseksjonene til 5-døgnsposter. Akuttseksjonen får etter dette pasienter fra 5-døgnspostene i helgene. Dette dreier seg om pasienter som i utgangspunktet skulle skrives ut, men som det av ulike grunner måtte ha fortsatt opphold. Det påpekes at dette skaper problemer for akuttenheten med økt

travelhet og periodevis overbelegg. Denne situasjonen er under endring, og det vil skje noe i løpet av 2013.

Gjennomsnittlig liggetid ved akuttseksjonen oppgis å være 7-8 dager. Alle stillinger har stillingsbeskrivelse. Det er egen prosedyre for ansvarsvakt.

Psykiatrisk klinikk er ISO-sertifisert og blir resertifisert årlig av Veritas. Dette innebærer blant annet at det finnes en omfattende skriftlig dokumentasjon i form av prosedyrer og rutiner, og at det gjøres en årlig gjennomgang og oppdatering av disse. Det sies i intervju at det positive ved dette er at man får en systematisk gjennomgang av praksisen. Det settes strenge krav til å følge systemet og veilederne, og hvis de skal fravikes må dette begrunnes.

4.2 Ulike aspekter ved sikkerhet

4.2.1 Bemanning, kompetanse og opplæring

Med utgangspunkt i intervju og skriftlig materiale fremgår det at det i hovedsak er en god bemanning ved akuttseksjonen. Når det gjelder miljøpersonalet har enheten en erfaren personalgruppe med høy kompetanse. Klinikken som helhet har mange spesialsykepleiere, og har pr i dag ikke et stort behov for videre rekruttering. Fra ledelsens side påpekes det at det vil komme et generasjonsskifte her i løpet av de neste fem år.

Når det gjelder rekruttering av leger og psykologer opplyses det at dette har vært noe problematisk. Det mangler en overlege i Namsos, og det har vært relativt stor utskifting blant psykologene. Det er planer om å jobbe mer systematisk for å styrke rekrutteringen av leger og psykologer.

I intervju blir det sagt at det er tilstrekkelig grunnbemanning i seksjonen, og at det er uproblematisk å leie inn ekstra ved behov. Det opplyses at det har vært arbeidet systematisk over flere år med å øke kompetansen til personalet. Ifølge ledelsen er det nå mindre behov for å leie inn ekstra personell, og dette ses som et uttrykk for at personalet har bedre kompetanse og mer erfaring til å håndtere pasientene.

Når det gjelder kontakt med bakvakt opplyses det at dette fungerer bra. Det tas alltid kontakt med forvakt først, men vurdering av voldsrisiko skal alltid gjøres av bakvakt. De kan tilkalle bakvakt uansett tid på døgnet.

Det oppgis at det er et godt fagmiljø og arbeidsmiljø i seksjonen. Det ble gjennomført et omfattende arbeidsmiljøprosjekt med seks samlinger i 2009, hvor det ble arbeidet med arbeidsmiljø, arbeidsoppgaver, forventninger og hva som er viktig når man er på jobb.

Det er utviklet en kompetanseplan for Psykiatrisk klinikk for 2011-2014, som en overbygning over opplæringsplaner for hver seksjon. Den enkelte seksjon driver oppdatering av eget personell opp mot egne prioriteringer og virksomhetsplaner. Dette gjøres blant annet i form av internundervisning og ved at flere ansatte til enhver tid er i et utdanningsløp. Klinikken har en målsetning om at alle høgskoleutdannede skal ha spesialisering innen psykiatri eller lignende.

I intervju sies det at det gjennomføres internundervisning både på avdelingsnivå som favner alle seksjoner, og innad i seksjonen som en aktiv del av den undervisning som gis til miljøpersonale og turnusleger. Internundervisning går hver 14. dag.

Det er eget opplegg for opplæring og innføring i rutiner for nyansatte, studenter og ekstravakter. Dette er et kveldskurs med koordinatorene, seksjonsleder og leder for forsknings- og fagutviklingsenheten (FFU). Utgangspunktet for undervisningen er en sjekkliste med temaer som alle skal igjennom.

Vikarer har opplæringsvakter før de går alene. Nyansatte starter i ansvarsvakt når de kjenner at de er klare for det. Dette kan variere mellom ulike personer og det er en dialog med den nyansatte for å vurdere når de skal begynne med ansvarsvakter.

Nye leger som kommer til seksjonen går sammen med en annen lege før de går egne vakter og lærer om ulike typer situasjoner, og de har vaktopplæring med en erfaren LIS-lege. De får opplæring i ulike skjemaer som brukes, rutiner for innleggelse, lovverk, og verktøy for vurdering av selvmordsrisiko og voldsrisko (HCR-20, V-RISK) blant annet. Det vurderes fra behandlere som et godt opplæringsopplegg.

Det påpekes at det tidvis kan være vanskelig å få til kurs o. l på grunn av travelhet i seksjonen, og det kan være vanskelig å få til deltakelse på eksterne kurs på grunn av kostnader for innleie av vikarer.

4.2.2 Bygningsmessige forhold

Bygningen som akuttseksjonen ligger i er delvis renovert og delvis nybygd. Bygget karakteriseres som betydelig bedre egnet enn tidligere bygg, og betraktes i hovedsak som et godt bygg for formålet. Vaktrommet i seksjonen er sentralt plassert slik at det er lett å følge med, og det er etablert et godt alarmsystem. Det blir likevel sagt at ikke alle løsningene som er valgt er gode. Noen opprettinger er gjort, blant annet vinduer som måtte skiftes fordi de ikke kunne sikres skikkelig.

Enheten har en skjermet avdeling med to rom og egen stue, og et sluserom som kan tas i bruk for å få tre skjermede plasser. De har også et teknisk rom med reimseng. Skjermingsenheten beskrives som relativt godt utformet, men den har tynne vegger og det kan være problemer med lyd/støy. Det opplyses at det er brukt materialer i dører som ikke er solid nok. Dette har de ansatte meldt fra om.

4.2.3 Sikkerhetstenkning i det faglige arbeidet

I intervju uttrykkes det at sikkerhetstenkning i det faglige arbeidet handler om behandlingsperspektiv og holdninger, bevissthet om hvordan man kler seg og hva man signaliserer. Det innebærer bevissthet om hvordan man møter pasienten for ikke å bidra til å gjøre en situasjon vanskelig, og vite hvordan man kan møte aggresjon og hva som kan utløse utagering.

I intervju blir det opplyst at sikkerhet i samværet med pasientene har stort fokus og det er også gjennomført opplæring på dette. Gjennom det daglige morgenmøtet går man igjennom situasjonen for hver pasient og tar blant annet stilling til hvorvidt avdelingen skal være åpen eller stengt. Dette er vurderinger som går både på sikkerhet og faglighet med utgangspunkt i situasjonen den dagen.

4.2.4 Etterlevelse av regelverk

De ansatte opplever at de har relativt god kunnskap om regelverket.. I morgenmøtene diskuteres ofte problemstillinger hvor lovverk berøres og da diskuteres også om praksisen er innenfor lovverket. Det påpekes at dette gir økt bevissthet og økt kunnskap. Nyansatte leger undervises spesifikt om relevant lovverk, og lovverk er også tema i opplæring av nyansatte og vikarer.

Både behandler og miljøpersonale informerer pasientene om rettigheter og klagemulighet i forbindelse med vedtak om tvang. Personalet påpeker at de har plikt til å hjelpe pasientene med å klage og er bevisste på å ivareta dette. Det å hjelpe til med å klage beskrives som å ha respekt for pasienten. Det gis opplæring i hvordan de ansatte kan hjelpe pasientene med å fremme en klage.

Det opplyses i intervju at når pasienten kommer til seksjonen sjekkes bagasjen rutinemessig. Pasienten spørres om samtykke, og miljøpersonalet forteller at de vanligvis får tillatelse fra pasienten til dette. Begrunnelsen for å gjennomføre undersøkelse er at man ikke ønsker at det skal komme inn gjenstander og medikamenter som noen kan skade seg selv eller andre med i seksjonen. Det påpekes at det relativt ofte avdekkes medisiner hos de som kommer inn, men sjeldnere gjenstander som kan brukes som våpen eller til selvskading. Man er særlig opptatt av faren for suicid. Undersøkelsen gjennomføres overfor både frivillig innlagte og tvangsinnlagte pasienter. Besøkende sjekkes ikke. Det gjennomføres også daglig sjekking av rom i forhold til synlige ting som ikke bør være der.

I prosedyren "Mottak øyeblikkelig hjelp" fremgår at *all bagasje og klær vurderes gjennomgått*. Tilsvarende opplysning finnes i "Prosedyre for innleggelser" og "Sjekkliste ved innleggelse".

I forhold til begrensning i kontakt med omverden sies det at man ikke kan ta fra folk mobilen uten vedtak. Det har hendt at det har vært vurdert et vedtak om dette for å hindre folk i å blamere seg selv, men dette er sjelden.

4.2.5 Andre sikkerhetsmessige tiltak

Det er etablert en sikkerhetsgruppe i akuttposten (sykepleiere, verneombud) som har ansvar bl.a. for å gå igjennom og komme med forslag til ledelsen når det gjelder endringer i rutiner og prosedyrer. De gjennomfører også regelmessig gjennomgang av bygningene med tanke på å undersøke om noe er ødelagt, må forbedres eller skiftes ut.

Det opplyses at vurdering av voldsrisiko og suicidalitet alltid blir gjort ved innleggelse. Ved indikasjon på suicidalitet kan det gjøres vedtak om KO (kontinuerlig observasjon) eller IO (intervallobservasjon). Legen i mottak som oftest er en lis-lege eller turnuslege, kan gjøre en vurderingssamtale, men skal konferere med overlege/bakvakt om eventuelle funn. I innkomstjournalen er det en voldsriskodel som alle gjennomgår. Kartleggingsverktøyet BVC (Brøset Violence checklist) brukes de første tre døgnene etter innkomst. Hvis BVC er forhøyet kontaktes bakvakt eller overlege for å få vurdert skjerming eller fattet et vedtak. Andre verktøy brukes senere i forløpet. HCR-20 brukes hvis det er en pasient som har en historikk om voldelighet.

Ifølge det som er opplyst diskuteres bruk av tvangstiltak ofte i seksjonen. Det er bevissthet på å bruke minst mulig tvang og det blir opplyst at seksjonen er blant de som har lavest

tvangsbruk i landet. Miljøpersonalet påpeker at de bruker seg selv og sin kunnskap aktivt for å begrense bruk av tvang. Det er utviklet en plan for riktig og redusert bruk av tvang for perioden 2011-2014 som gjelder for hele psykiatrisk klinikk.

For øvrig har foretaket/seksjonen utarbeidet flere prosedyrer som ivaretar sikkerheten for pasient og personale, bl.a. for mottak/innleggelse og utskriving av pasient, når personalet blir utsatt for vold/trusler og sikkerhetsrutiner knyttet til livløs pasient, overfall, brann og blodsmitte.

4.3. Systematisk risikovurdering og forbedringsarbeid

Det fremkommer under revisjonen at ledelsen har arbeidet mye for å få til en bedre håndtering av meldinger av uønskede hendelser. Ifølge det som er opplyst meldes det relativt mye, men mindre enn rett etter at psykiatrisk klinikk ble ISO-sertifisert. Det opplyses at det er blitt en kultur for å skrive avvik både i forhold til seg selv og andre. Meldingene registreres i EQS og den enkelte melder kan følge sin melding gjennom hele behandlingsprosessen. Det fremheves som viktig at meldingene brukes til forbedring. Alle meldinger som kommer inn gjennomgås og analyseres på seksjonsmøter og i lederteamet. System for melding om skade på personale ligger også i EQS, men finnes også i papirutgave slik at det blir lettere å fylle ut. Meldesystemet i EQS oppfattes som tungvint.

Det gjennomføres ikke systematisk innhenting av erfaringer fra pasienter og pårørende, men det er planer om å gjøre dette. Det gjennomføres for tida en elektronisk undersøkelse blant pasienter og pårørende som pilotundersøkelse i sammenheng med polikliniske undersøkelser. Den sendes ut ved starten og slutten av behandlingen, i tillegg sendes den ut etter utskrivelsen. Erfaringene fra denne undersøkelsen skal evalueres før den eventuelt tas i bruk i større skala.

Det foreligger en prosedyre for foretaket som omhandler fremgangsmåten ved gjennomføring av risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det kom ikke fram under revisjonen hvorvidt det var gjennomført slik risikovurdering ved seksjonen. Videre foreligger "Sikkerhetsrutiner ved psykiatrisk sengeposter ved Sykehuset Namsos" som omhandler akutttrutiner ved livløs pasient, sikkerhet ved overfall, brann og fare for blodsmitte.

4.4 Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger

Utgangspunktet for revisjonen var en henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet til alle regionale helseforetak hvor de ønsker en vurdering av sikkerhet ved psykiatriske avdelinger i regionen. Internrevisjonen har derfor gjennomgått de inkluderte enhetene med tanke på å vurdere hvordan ulike sider av virksomheten bidrar til sikkerheten i enheten.

Internrevisjonens inntrykk etter befaring og intervjuer er at lokalene ved akuttseksjonen i Namsos i all hovedsak virker godt egnet til bruken. Bygningene er nylig renovert og delvis nybygd for seksjonens formål. Rommene virker romslige og vaktrommet er sentralt plassert og gir god oversikt.

Det kan se ut som at foretaket har en utfordring når det gjelder lyd- og støyforhold i skjermingsrom. Dette mener vi kan skape problemer både i forhold til ivaretagelse av de

dårligste pasientene og kravene til ivaretagelse av taushetsplikt. Internrevisjonen vurderer dette som en lite tilfredsstillende situasjon.

Basert på tilsendt dokumentasjon og intervjuer ser det ut til at akuttenheten i hovedsak har god bemanning, både når det gjelder antall ansatte, kompetanse og erfaring. Man har også lav terskel for innleie av ekstra personell ved behov.

Internrevisjonens inntrykk både gjennom skriftlige planer og intervjuer, er at det legges stor vekt både på opplæring av de som er nye og kompetanseutvikling for andre ansatte. Dette er positivt og har også tydelige sikkerhetsmessige implikasjoner.

Det er vårt inntrykk at personalet har høy bevissthet på å begrense bruk av tvangsmidler og å arbeide for å forebygge tvangsbruk. Det formidles at man er opptatt av hvordan man møter pasienten for ikke å bidra til å gjøre en situasjon vanskelig, og vite hvordan man kan møte aggresjon og hva som kan utløse utagering.

Med bakgrunn i opplysninger i intervju og til dels skriftlig dokumentasjon er internrevisjonen usikker på om seksjonens praksis med gjennomgang av pasientens bagasje og klær er i tråd med regelverket, jf psykisk helsevernlov § 4-6. Her fremgår det at *”Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnopphold, kan den faglig ansvarlige med henblikk på dette vedta at pasientens rom og eiendeler skal undersøkes samt at det skal foretas kroppsvisitasjon av pasienten. Dersom det er mulig, skal undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skje i pasientens nærvær eller i nærvær av den nærmeste pårørende eller en annen person som pasienten har utpekt”*.

I kommentarene til denne bestemmelsen er det uttrykkelig sagt at det ikke er anledning til å fastsette regler for rutinemessig ransaking av bagasje eller pasientrom eller kroppsvisitasjon, f. eks i institusjonens husordensreglement. Internrevisjonen antar at det vil være nødvendig for akuttseksjonen å gjennomgå sin praksis på dette området for å sikre seg at denne er i samsvar med regelverket.

Etter internrevisjonens oppfatning har seksjonen etablert et trygt system for ivareta sikkerhet på en rekke områder, bl.a. mottak/innleggelse av pasienter, vurdering av voldsrisiko og suicidalfare, sjekking av mobil reimseng og når personalet blir utsatt for vold/trusler.

Ut fra det som er opplyst kan det se ut til at seksjonen har et godt system for melding og håndtering av uønskede hendelser og at man har fokus på betydningen av å bruke meldingene i forbedringsarbeid.

Når det gjelder opplegg for systematiske risikovurderinger har internrevisjonen merket seg at helseforetaket har et skriftlig system for hvordan dette gjennomføres, men det har ikke fremkommet opplysninger i revisjonen som viser at det har vært gjennomført systematiske risikovurderinger i akuttseksjonen.

Konklusjoner:

- Lokalene ved akuttseksjonen i Namsos virker i all hovedsak godt egnet til formålet.
- Seksjonen/foretaket har en utfordring når det gjelder mangelfullt lydisolert skjermingsrom.
- God og kontinuerlig opplæring er viktige sikkerhetstiltak. Klinikken/seksjonen har et opplegg for opplæring og kompetanseheving som virker godt innarbeidet, og man er bevisste på betydningen av å ha et personale med høy kompetanse.
- Personalet har høy bevissthet på å begrense bruk av tvangsmidler og å arbeide for å forebygge tvangsbruk.
- Seksjonen har etablert et trygt system for ivareta sikkerhet på en rekke områder, bl.a. mottak/innleggelse av pasienter, vurdering av voldsrisiko og suicidalfare, sjekking av mobil reimseng og når personalet blir utsatt for vold/trusler.
- Med bakgrunn i opplysninger i intervju og til dels skriftlig dokumentasjon er internrevisjonen usikker på om seksjonens praksis med gjennomgang av pasientens bagasje og klær er i tråd med regelverket, jf psykisk helsevernlov § 4-6.
- Seksjonen har et godt system for melding og håndtering av uønskede hendelser.
- Når det gjelder opplegg for systematiske risikovurderinger har internrevisjonen merket seg at helseforetaket har et skriftlig system for hvordan dette gjennomføres, men det har ikke fremkommet opplysninger i revisjonen som viser at det har vært gjennomført systematiske risikovurderinger i akuttseksjonen.

Anbefalinger

- Psykiatrisk klinikk/helseforetaket bør vurdere om det kan settes inn tiltak for å forbedre problemer knyttet til mangelfull lydisolert skjermingsrom.
- Akuttseksjonen bør gjennomgå sin praksis med undersøkelse av pasientenes bagasje for å sikre seg at praksisen er i samsvar med regelverket.
- Seksjonen bør sørge for at det gjennomføres risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten.

5. Sentrale funn og vurderinger, seksjon for akuttbehandling, Levanger

5.1 Beskrivelse av virksomheten

Seksjon for akuttbehandling er en av tre seksjoner under sengepostavdelingen i Levanger, som er en del av psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag HF. De to andre seksjonene her er seksjon allmennpsykiatri og seksjon psykoser. På nettsidene står det at seksjon for akuttbehandling er en lukket akuttpost med øyeblikkelig-hjelp funksjon, som gir behandling til alle typer psykiske lidelser. Målet med innleggelsen er utredning, oppstart av behandling og eventuelt henvisning til annen behandlingsinstans. Posten har 12 senger. I intervju blir det sagt at akuttseksjonen har bra kapasitet på sengeplasser. Gjennomsnittlig liggetid er 6 dager.

Legene i psykiatrisk klinikk er ansatt i en vaktlegeenhet som dekker hele psykiatrisk avdeling i Levanger. Legene arbeider fast i hver sine seksjoner. Leder av vaktlegeenheten har det faglige ansvaret for legene. Vaktlegeenheten har 16 overleger og 4-5 psykologspesialister som har vedtaksrett. På akuttseksjonen arbeider det fast to overleger og en vakthavende overlege, en psykolog, en lis-lege og to turnusleger.

Miljøpersonell og psykologer er ansatt i seksjon for akuttbehandling. Det er ca 42 ansatte til sammen, og av disse er det en psykolog, 15 psykiatriske sykepleiere eller spesialsykepleiere, 9 sykepleiere, 3 med annen høgskoleutdanning og 11 med annen utdanning. Det er ca 60% menn og 40% kvinner blant de ansatte.

5.2 Ulike aspekter ved sikkerhet

5.2.1 Bemanning, kompetanse og opplæring

I intervju opplyses det at akuttseksjonen har et stabilt miljøpersonale, og det er lite gjennomtrekk. Det er et personale med høy kompetanse og lang erfaring med akuttpsykiatri. Seksjonen har lavt sykefravær. Det blir sagt at nye ansatte opplever at det er en stor ro og trygghet i avdelingen.

Bemanningen i seksjonen er 8 på dagtid, 5 på ettermiddag og i helger og 3 på natt. Dette vurderes stort sett som tilstrekkelig, men det hender at det må leies inn ekstra personell. Det er planer om å øke til fire ansatte på natt fordi tre ansatte er for knapt, spesielt hvis det er pasienter på skjerming og det kommer nye pasienter til innleggelse. Det hender også at det er en utfordring med bemanning i ferier. Det blir sagt at bemanningen av leger er god, og at de har god søkning til ledige stillinger for underordnede leger (lis-leger). Det er imidlertid ikke lett å rekruttere ferdige legespesialister.

Det er utarbeidet stillingsbeskrivelser til alle stillinger, og personalet er kjent med disse.

Når det settes opp vakter er det sagt at det er ønskelig med minimum to mannlige ansatte på hver vakt, minimum to faste ansatte, og to sykepleiere. Det er ikke satt noe krav til at det skal være to ansatte pr pasient, det sies at det får de ikke til i praksis. Ved skjerming er det alltid to til stede.

Det er lav terskel for å ta kontakt med bakvakt. Det er som regel forvakta som gjør det. Det sies i intervju at bakvaktene gir klar beskjed om at de vil kontaktes. Dette oppleves som positivt.

Alle vikarer skal igjennom en undervisningspakke, som inneholder opplæring i forhold som regler, rutiner og en del faglige temaer. Nyansatte gjennomgår opplæring i prosedyrer og rutiner for seksjonen, og slike ting som meldesystem, gjennomgang av håndtering av medikamenter, og opplæring i klinikkens prosedyre for suicidvurdering. Det er en sjekkliste de skal igjennom, og seksjonsleder skal ha skriftlig bekreftelse på at alt er gjennomgått.

Nyansatte miljøpersonale går to opplæringsvakter sammen med en som er kjent i seksjonen før de går selvstendige vakter. De blir også vurdert i forhold til egnethet før de blir ansatt.

I intervju formidles det at de ansatte opplever seg som heldige når det gjelder mulighetene for kompetanseheving. Klinikken har et uttalt mål om best mulig kompetanse blant de ansatte. I kompetanseplanen er det bl.a. en målsetning om å sende flere på utdanning i kognitiv terapi. Denne målsetningen er konkretisert til at to ansatte i året går grunnutdanning i kognitiv terapi. Det er årlig revisjon av målsettinger knyttet til utdanning.

Internundervisning for klinikken gjennomføres med to timer ukentlig. Der kan alle delta når de har tid. Programmet ruller slik at en del temaer kan gå igjen over år.

For leger og psykologer er det spesifisert hva slags opplegg som skal gjennomføres for at de skal få godkjent det utdannings- eller spesialiseringsløpet de er inne i, samtidig som de også gjennomgår den opplæringen for nyansatte som akuttseksjonen krever av de som skal arbeide det. Legene oppgir at det lett å spørre om råd og å få ekstra veiledning hvis dette skulle være nødvendig i forhold til behandling av enkeltpasienter.

5.2.2 Bygningsmessige forhold

Bygningen som akuttseksjonen holder til i er vernet, noe som innebærer begrensninger i hva man kan gjøre når det gjelder endring og ombygging. Det sies i intervju at det kunne vært ønskelig å endre en del romlige løsninger. Det er ønskelig med flere rom slik at det er større fleksibilitet på dagtid, blant annet et besøksrom og et samtalerom. Det er litt begrenset hvor godt de får utnyttet plassen med dagens romløsning.

Akuttseksjonen har 11 rom og 12 senger, dvs. at det er fortsatt et dobbeltrom i enheten. Alle rom har bad. Det er ikke overbelegg i akuttseksjonen. Hvis det skulle komme inn for mange pasienter i forhold til kapasiteten spres de ut på andre enheter i huset. Det beskrives et fleksibelt og godt fungerende samarbeid mellom seksjonene.

Det er to skjermingsplasser i enheten. Det er gjort noen fysiske tilpasninger slik at skjermingsdelen er skilt fra resten av pasientrommene, og dette fungerer bedre enn før, blir det sagt. Det blir mindre uro. Det blir påpekt at hvis begge skjermingssengene er belagt blir det lite skjerming for pasientene. Det hadde også vært ønskelig med en skjermingsplass til.

I intervju blir det sagt at skjerming brukes mer som en hensiktsmessig behandling enn som et sikkerhetstiltak. Skjermingsplassene oppfattes som en VIP-avdeling. Det er et miljøtiltak og et terapeutisk tiltak, og gir pasienter ro og en mulighet til å trekke seg litt tilbake. De brukes ikke

alltid med utgangspunkt i et vedtak om skjerming, men som vanlige pasientrom med åpen dør.

5.2.3 Sikkerhetstenkning i det faglige arbeidet

Sikkerhetstenkning i det faglige arbeidet beskrives på flere måter. Det legges i stor vekt på betydningen av at det er et miljøpersonale med høy kompetanse, at det er trygge ansatte som sørger for at det er ro i avdelingen og kan bidra til at pasienten kan oppleve trygghet. Det innebærer også at det er mange nok på jobb. Videre fremheves at det er viktig å ha bevissthet om hvordan man skal møte pasienten, og ha gode rutiner for å sikre at ting blir gjort forsvarlig. At pasienten får den behandlingen han/hun skal ha, og blir møtt på en faglig god måte. I den sammenheng påpekes det at det er svært viktig å få til en god behandling av grunnlidelsen til pasienten.

I tillegg påpekes det at det er viktig for sikkerheten at personalet også har god kunnskap om hvordan de på en god måte skal håndtere situasjoner der det skjer fysisk utagering. Dette trener personalet jevnlig på, slik at de skal lære å skåne både pasienten og seg selv i slike situasjoner.

5.2.4 Etterlevelse av regelverk

Det fremkommer i intervju at de ansatte føler seg godt oppdatert på lovverket. Det sendes ut e-post til de ansatte om endringer i lovverk som berører virksomheten, og endringene tas også opp på personalmøter. For legene er det regelmessige kurs i lovverk et par ganger i året.

De ansatte er opptatt av å sørge for at pasientene blir informert om sine rettigheter knyttet til klageadgang, samt innsynsrett. Det gis informasjon om dette og det dokumenteres også at informasjon er gitt. Det er ofte lege på vakt som informerer ved innkomst, og ellers overlegen som fatter vedtak. Noen pasienter er for syke til å oppfatte informasjonen, og personalet hjelper til både med informasjon og med å klage. De er bevisste mht å sørge for at dette blir ivare tatt overfor pasientene. En sekretær har et spesifisert ansvar for alt som har med oppfølging av psykisk helsevernloven å gjøre, slik som vedtak, klagesaker o.l. I intervju påpekes det at denne ordningen fungerer godt.

I intervju fremkommer det at når pasienter skal legges inn på akuttseksjonen får de informasjon blant annet om at det er ønskelig med gjennomgang av bagasjen som de har med seg. Pasientene spørres om samtykke, og de aller fleste svarer ja. Det blir sagt til pasienten at man forventer at de gir tillatelse til gjennomgang, for eksempel hvis de skal på avrusing og man må vite at de ikke har med seg noe inn. Hvis de ikke gir samtykke får de ikke bagasjen med seg inn i seksjonen. Hvis det ikke gis samtykke kan det også fattes et vedtak om gjennomgang av bagasjen. Det er formulert et velkomstskriv ("Velkommen til psykiatrisk klinikk, post 2") for akutteneheten hvor det blant annet står at om rutinen med gjennomgang av bagasje ved innleggelse.

5.2.5 Andre sikkerhetsmessige tiltak

Det er utarbeidet en prosedyre for innkomstsituasjonen som skal sikre at det gjennomføres nødvendige undersøkelser og andre tiltak. Vurdering av voldelighet gjøres rutinemessig ved innleggelse. I intervju opplyses det at akuttseksjonen bruker V-risk, HCR-20 og BVC, Brøset Violence Check list. Ut fra resultatene på BVC settes det inn tiltak og så følges pasienten opp

med nye vurderinger. Det er utarbeidet prosedyre for voldsrisiko – screening og vurdering for psykiatrisk klinikk.

Alle pasienter vurderes også i forhold til suicidalitet når de kommer inn, og så fastsettes tilsynsgrad med utgangspunkt i vurderingen. Det finnes en mal for hvordan de gjennomgår et intervju som skal avdekke suicidalitet, og det er utarbeidet en prosedyre for psykiatrisk klinikk som omfatter kartlegging, vurdering og tiltak i forhold til selvmordsrisiko.

Det blir sagt i intervju at det hele tida har vært en kultur i akuttseksjonen om å være restriktiv når det gjelder bruk av tvang. De mener at de har en god tenkning om det. Tvang brukes sjelden, og det er enighet om at det er nødvendig å bruke det når de først gjør det. Det er utarbeidet en ”Plan for riktig og redusert bruk av tvang” for psykiatrisk klinikk 2011-2014. Videre har internrevisjonen fått tilsendt prosedyre for innhenting av pasienter på tvungen helsevern, og avtale om samarbeid i forbindelse med tvungen psykisk helsevern mellom Nord-Trøndelag politidistrikt og Helse Nord-Trøndelag HF.

Ansatte går med alarm, og alarmsystemet vurderes som godt fungerende. Det er utviklet prosedyre for bruk av overfallsalarm.

Internrevisjonen har ut over det som er nevnt fått tilsendt dokumenter som omfatter andre sikkerhetsmessige forhold. Dette gjelder blant annet prosedyre som omhandler ivaretagelse av personalet etter ekstreme situasjoner, og prosedyre for anmeldelser.

5.3 Systematisk risikovurdering og forbedringsarbeid

Det er utarbeidet sikkerhetsinstruks som blant annet omhandler hvordan man skal sikre fysiske forhold i seksjonen, slik som å passe på at det ikke etterlates bestikk noe sted, at løse ledninger ikke skal forekomme o.l.

Det sies i intervju at det er en god kultur for å melde avvik. Det sies også at mengden meldinger har gått noe ned i det siste, men at det likevel er bra hvis det som meldes er viktig og relevant - volum er ikke det eneste målet. Det påpekes at det er kultur også blant leger og psykologer for å melde avvik.

Avvik/uønskede hendelser meldes i EQS. De legges i en avvikslogg slik at man kan se meldinger fordelt på hver enkelt seksjon og område. Meldingene går igjennom på personalmøter og brukes til forbedringsarbeid. Det tas tak i uønskede hendelser som opptrer ofte og jobbes ekstra for å sjekke hvordan man kan forbedre seg så hendelsene ikke skal gjenta seg. Et eksempel her er et systematisk arbeid for å forbedre rutiner knyttet til legemiddelhåndtering. De mest alvorlige hendelsene meldes til Kunnskapssenteret. Når det gjelder skademeldinger på pasienter oppgis det at de har en kultur på at de heller melder for mye enn for lite. Det er utarbeidet prosedyre for melding om overgrep på pasient og for skade på personale for klinikken.

I sammenheng med resertifiseringen til ISO som gjøres årlig sies det at Veritas er opptatt av at avvikssystemet brukes, at det blir meldt og at meldingene blir fulgt opp. Det gjennomføres årlige gjennomganger av kvalitetssystemet.

Når det gjelder bruk av innspill fra pasienter og pårørende i forbedringsarbeid blir det sagt at det ikke gjøres systematisk arbeid på dette området. Et prosjekt som ble gjennomført for noen år siden blant pasienter og pårørende viste at det var ønske om bedre informasjon underveis i behandlingsforløpet. Etter dette er pasientene mer involvert i behandlingsplanen enn før. Det fremkommer i intervju at pårørende betraktes som en svært viktig kilde til kunnskap om pasienten. Det tas kontakt med pårørende ved behov, hvis pasientene tillater det.

Det foreligger en prosedyre for foretaket som omhandler fremgangsmåten ved gjennomføring av risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det kom ikke fram under revisjonen hvorvidt det var gjennomført slik risikovurdering ved seksjonen. Det er utarbeidet prosedyre for avviksbehandling og forbedringsarbeid, samt for avviksbehandling ved skade, uhell og nestenuhell på ansatt samt øvrige HMS-avvik for psykiatrisk klinikk.

5.4 Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger

Utgangspunktet for revisjonen var en henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet til alle regionale helseforetak hvor de ønsker en vurdering av sikkerhet ved psykiatriske avdelinger i regionen. Internrevisjonen har derfor gjennomgått de inkluderte enhetene med tanke på å vurdere hvordan ulike sider av virksomheten bidrar til sikkerheten i enheten.

Når det gjelder de bygningsmessige forholdene blir disse beskrevet som relativt gode ut fra formålet. En vernebestemmelse legger begrensninger på muligheter til å foreta endringer, noe som har hatt konsekvenser for mulighetene til å tilpasse bygningene til behovene i seksjonen. Skjermingsplassene beskrives som relativt godt fungerende, men det er for trangt, slik at det er vanskelig å ivareta behov for skjerming for to pasienter samtidig. Det er også ønskelig å få en skjermingsplass til. Slik internrevisjonen oppfatter situasjonen er det i hovedsak snakk om et kapasitetsproblem som delvis avhjelpes ved godt samarbeid mellom seksjonene.

Basert på tilsendt dokumentasjon og intervjuer ser det ut til at akuttenheten i hovedsak har god bemanning. Dette både med tanke på antall ansatte og når det gjelder erfaring, kompetanse og stabilitet i personalgruppen. Inntrykket er også at det i hovedsak går greit å leie inn ekstra personell ved behov. I intervjuene formidles trygghet på egen og kollegers kompetanse. Dette er etter internrevisjonens mening et viktig grunnlag for å ivareta sikkerhet i det daglige arbeidet.

Det er laget en felles kompetanseplan for hele psykiatrisk klinikk. Videreutdanning, kurs og undervisning er definert som viktige redskaper for å utvikle og styrke personalet. Det er opplegg for opplæring av nyansatte og vikarer og opplegg for internundervisning. Inntrykket både gjennom skriftlige planer og intervjuer er at det legges stor vekt både på opplæring av de som er nye og av utvikling og videreutdanning av andre ansatte. Dette er positivt og har også betydning for ivaretagelse av sikkerhet.

Sikkerhetstenkningen beskrives som del av det faglige arbeidet på flere måter, dels gjennom oppmerksomhet rettet mot ivaretagelse av pasientenes rettsikkerhet, og dels gjennom den tilnærmingen de ansatte har til pasienter og oppgaver. Internrevisjonens inntrykk er at det er en innarbeidet bevissthet om å begrense bruk av tvangsmidler og det er også definert skriftlig å arbeide for å forebygge tvangsbruk. Det formidles at kunnskap og trygghet til å forebygge urolige situasjoner, og det å ha erfarne folk på jobb som kan møte pasientene på en god måte, er viktige elementer i sikkerheten. Dette synes å være en filosofi som er vel forankret i

personalgruppa. Det foreligger skriftlige prosedyrer knyttet til sikkerhetsrutiner, noe som er positivt for å sikre felles praksis og lette innkjøringen av nye ansatte i en felles sikkerhetstenkning.

Seksjonens praksis når det gjelder rutinemessig undersøkelse av pasientens bagasje, klær og sko, er ikke i tråd med regelverket, jf psykisk helsevernlov § 4-6. Her fremgår det at *”Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnopphold, kan den faglig ansvarlige med henblikk på dette vedta at pasientens rom og eiendeler skal undersøkes samt at det skal foretas kroppsvisitasjon av pasienten. Dersom det er mulig, skal undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skje i pasientens nærvær eller i nærvær av den nærmeste pårørende eller en annen person som pasienten har utpekt”*.

I kommentarene til denne bestemmelsen er det uttrykkelig sagt at det ikke er anledning til å fastsette regler for rutinemessig ransaking av bagasje eller pasientrom eller kroppsvisitasjon, f. eks i institusjonens husordensreglement.

Når det gjelder melding og håndtering av uønskede hendelser samt forbedringsarbeid, ser det ut til at seksjonen arbeider godt med dette og er oppmerksomme på betydningen av å bruke meldingene i forbedringsarbeid. Det bør imidlertid fortsatt rettes oppmerksomhet mot temaet for å bidra til at meldesystemet brukes.

Når det gjelder opplegg for systematiske risikovurderinger har internrevisjonen merket seg at man har et skriftlig system for hvordan dette gjennomføres, men har ikke fremkommet opplysninger i revisjonen som viser at det har vært gjennomført systematiske risikovurderinger i akuttseksjonen.

Konklusjoner

- Bygningsmessige forhold ved akuttsesjonen virker i hovedsak gode, men det er ønskelig med bedre kapasitet på skjermingsplasser.
- God og kontinuerlig opplæring er viktige sikkerhetstiltak. Klinikken og seksjonen synes å ha et godt opplegg for dette og er bevisste på at kompetanseutvikling har betydning for gode og sikre tjenester.
- Sikkerhetstenkning virker godt etablert og innvevd i daglig arbeid, sammen med en bevisst holdning og respekt i tilnærmingen til pasientene.
- Personalet er bevisste på å begrense bruk av tvangsmidler og å arbeide for å forebygge tvangsbruk.
- Seksjonen har en praksis der det gjennomføres rutinemessig undersøkelse av pasienters bagasje ved innleggelse. Dette er ikke i tråd med gjeldende regelverk.
- Klinikken/seksjonen har mange prosedyrer for ivaretagelse av ulike aspekter ved sikkerhet.
- Seksjonen arbeider systematisk med melding og håndtering av uønskede hendelser og forbedringsarbeid knyttet til dette, men det bør fortsatt rettes oppmerksomhet mot temaet for å bidra til å opprettholde bruk av meldesystemet.

- Seksjonen arbeider systematisk med risikovurderinger, melding og håndtering av uønskede hendelser og forbedringsarbeid knyttet til dette, men det bør fortsatt rettes oppmerksomhet mot temaet for å bidra til at meldesystemet brukes i større grad.

Anbefalinger:

- Psykiatrisk klinikk/seksjonen bør endre praksis og skriftlige rutiner når det gjelder undersøkelse av pasienters bagasje m.m. slik at dette samsvarer med regelverket.
- Seksjonen bør fortsatt rette oppmerksomhet mot meldekultur, klargjøring av kriterier for melding og håndtering av uønskede hendelser, og på forbedringsarbeid knyttet til dette.
- Seksjonen bør sørge for at det gjennomføres risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten.

6. Samlet vurdering

Internrevisjonens inntrykk er at personalet er bevisste på å begrense bruk av tvangsmidler og å arbeide for å forebygge tvangsbruk. Det er også et inntrykk at det er innarbeidet en sikkerhetstenkning i de reviderte enhetene.

Videre har internrevisjonen inntrykk av at klinikken og seksjonene er bevisste på at kompetanseutvikling har betydning for gode og sikre tjenester. I sammenheng med dette har man etablert systemer for god og kontinuerlig opplæring både av nye og mer erfarne ansatte.

Begge de reviderte enhetene har nedfelt skriftlig at pasienters bagasje mm skal eller vurderes undersøkt rutinemessig, noe som innebærer et brudd på bestemmelsene i psykisk helsevernloven. Det fremføres argumenter for den praksisen man har, og internrevisjonen har ikke problemer med å forstå mange av argumentene. Imidlertid er det opp til lovgiver å gjøre eventuelle endringer i regelverket dersom man finner grunn til det. Dette innebærer at de institusjoner som reguleres av psykisk helsevernloven må forholde seg til eksisterende regelverk inntil dette eventuelt blir endret.

Kravet til internkontroll i helsetjenesten er nedfelt i Lov om statlig tilsyn med sosial- og helsetjenesten § 3: "Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter".

Etter internrevisjonens vurdering har de reviderte enhetene et forbedringspotensiale når det gjelder internkontrollsystemet. Seksjonene har en del prosedyrer og retningslinjer som regulerer virksomheten, men internrevisjonens oppfatning er at dokumentasjonen er lite helhetlig og til dels lite dekkende i forhold til viktige områder av virksomheten.

I internkontrollforskriften § 5 fremgår det at internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. De aktuelle

bestemmelsene i psykisk helsevernloven gir adgang til tvangsbruk overfor en gruppe pasienter, noe som innebærer et svært alvorlig inngrep i enkeltmenneskers liv og selvbestemmelsesrett. Det er viktig at de virksomheter som skal praktisere dette regelverket har en omforent forståelse av hvordan regelverket er å forstå og hvordan det skal praktiseres. Etter internrevisjonens vurdering vil etablering av skriftlige prosedyrer/retningslinjer som utdyper og presiserer forståelsen og praktiseringen av regelverket bidra til å sikre at regelverket etterleves i samsvar med lovgivers intensjoner og internkontrollforskriftens krav. Slik internrevisjonen ser det vil skriftlige prosedyrer og retningslinjer også gi større sikkerhet og trygghet for personellet i det daglige arbeidet med pasientene.

7. Vedlegg

Vedlegg 1

Regelverket som gjelder for lokale sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger:

§ 4-2 Vern om personlig integritet

Utgangspunkt:

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket.

Ved psykisk helsevern i institusjon skal oppholdet så langt det er forenlig med formålet og den enkeltes tilstand gjennomføres slik at pasientens mulighet til å bestemme over seg selv blir ivarettatt..

§ 4-3 Skjerming

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende atferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Bestemmelsen regulerer adgangen til å iverksette tiltaket skjerming. Det er ikke en forutsetning for bruk av skjerming at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern. Hovedregelen er at vedtak skal treffes dersom skjerming opprettholdes utover 24 timer, i de mest inngripende tilfellene skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 12 timer.

Med skjermet enhet menes lokale som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen. (psykisk helsevernforskriften § 17). Det er ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten befinner seg.(psykisk helsevernforskriften § 18).

§ 4-5 Forbindelsen med omverdenen

Utgangspunkt: Pasientene har rett til å ta i mot besøk, benytte telefon, motta brev og pakker. Retten til fri kommunikasjon er en grunnleggende rettighet, og innskrenkninger i denne retten krever hjemmel.

For den som er under tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold i institusjon, kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkninger i retten som nevnt i første ledd for inntil 14 dager i følgende tilfeller:

- sterke behandlingsmessige hensyn
- sterke velferdsmessige hensyn
- sterke hensyn til nærstående person

Det følger forutsetningsvis av tredje ledd at et husordensreglement kan inneholde mindre og rimelige begrensninger. Den praktiske utøvelsen av besøksretten og retten til telefonisk kommunikasjon kan til en viss grad reguleres i husordensreglementet, se merknadene til § 4-

2. Dette gjelder rimelige begrensninger i kommunikasjonsretten til beboerne ut fra hensynet til drift av institusjon og at mange mennesker skal oppholde seg under samme tak. Som eksempel kan nevnes at besøk som hovedregel skal skje i angitt tidsrom i løpet av dagen og/eller på egnet rom skjermet fra medpasienter. Det er ikke anledning til å fastsette en generell regel om at det skal være personell tilstede når pasientene mottar besøk, eller at pasientene ikke skal ha anledning til å disponere egne mobiltelefoner. Dette er så inngripende tiltak at det kun kan iverksettes med hjemmel i lov (jf. § 4-5 annet ledd). Det kan imidlertid gis *generelle* bestemmelser i husordensreglementet omhandlende bruk av mobiltelefon og internett. Dette vil bare kunne omfatte mindre inngripende regler som for eksempel tidspunkt for når PC på et fellesrom kan benyttes.

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt innført til en pasient, kan den faglig ansvarlige vedta at pasientens post skal åpnes og kontrolleres med henblikk på dette. Om mulig skal dette skje i pasientens nærvær.

§ 4-6 Undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnopphold, kan den faglig ansvarlige med henblikk på dette vedta at pasientens rom og eiendeler skal undersøkes samt at det skal foretas kroppsvisitasjon av pasienten.

Dersom det er mulig, skal undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skje i pasientens nærvær eller i nærvær av den nærmeste pårørende eller en annen person som pasienten har utpekt.

Undersøkelse av kroppens hulrom er ikke tillatt.

Det er ikke anledning til å fastsette regler om rutinemessig ransaking av bagasje eller pasientrom eller kroppsvisitasjon, for eksempel i institusjonens husordensreglement. Det må foreligge begrunnet mistanke om at de nevnte vilkår er til stede, dvs. at det må foreligge konkrete holdepunkter for mistanken.

§ 4-7 Beslag

Den faglig ansvarlige kan vedta at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand som blir funnet ved inngrep som nevnt i §§ 4-5 fjerde ledd og 4-6 første ledd, skal beslaglegges. Den faglig ansvarlige kan dessuten vedta at medikamenter, rusmidler eller farlig gjenstand som vedkommende ikke rettmessig kan inneha, skal tilintetgjøres.

§ 4-7a Urinprøve

Det kan tas urinprøve i følgende tilfeller:

- 1) Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler, kan pasienten etter begjæring fra den faglig ansvarlige gi samtykke til at det kan tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp. Slik begjæring kan bare fremsettes dersom dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen.
- 2) Ved mistanke om at en pasient under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern misbruker rusmidler, kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om at det kan

tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp. Slikt vedtak kan bare treffes såfremt dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen.

Bestemmelsene om urinprøvetaking gir ikke hjemmel for rutinemessig prøvetaking.

§ 4-8 Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten

- 1) når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre
- 2) for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.

Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Følgende tvangsmiddel kan anvendes:

- 1) Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- 2) Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.
- 3) Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt. Kortvarig fastholding.

Tvangsmiddel kan benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og tvangsinnlagt.

Bruk av tvangsmidler overfor frivillig innlagte kan imidlertid kunne aktualisere utskrivelse.

Tvangsmidler kan bare brukes etter vedtak av den faglige ansvarlige.

Det er ikke juridiske hindre for å la alle pasienter rutinemessig passere gjennom metalldetektor ved innkomst til institusjonen, men det kan være faglig betenkelig.

Vedlegg 2

Psykiatrisk klinikk er gjennomgående i Helse Nord-Trøndelag HF, og det er en god del prosedyrer som gjelder for hele klinikken.

Felles dokumenter:

- Kompetanseplan for Psykiatrisk klinikk 2011-2014
- Sjekkliste for opplæring av nytilsatte.
- "Plan for riktig og redusert bruk av tvang" Psykiatrisk klinikk 2011-2014.
- Brosjyre "Vil du lese journalen din?" "Misfornøyd med behandlingen? Informasjon til pasienten om innsynsrett i journalen og klageadgang.
- Prosedyre "Melding om overgrep mot pasient".
- Prosedyre "Selvmordsrisiko – kartlegging, vurdering og tiltak".
- Prosedyre "Innleggelse".
- Prosedyre "Innhenting av pasienter på tvungent helsevern".
- Prosedyre "Skade på personale".
- Avtale "Samarbeid ifbm med tvungent psykisk helsevern mellom Nord-Trøndelag Politidistrikt og HFNT".
- Prosedyre "Ivaretagelse av personale etter ekstreme situasjoner".
- Prosedyre "Anmeldelser".
- Blankett "Kriseplan for pasient på permisjon".
- Prosedyre "Avviksbehandling og forbedringsarbeid"
- Prosedyre "Avviksbehandling ved skade, uhell og nestenuhell på ansatt samt øvrige HMS-avvik".
- Prosedyre "Behandling av skriftlige kundeflager"
- Mottatt oversikt over avvik som er meldt både fra Levanger og Namsos.

Akuttseksjonen Namsos

- Personelloversikt
- Oversikt over kompetanse ved Seksjon Akutt/Allmenn.
- Oversikt over kompetansebehov, plan for dette
- Oversikt over internundervisning seksjon akutt Namsos vår 2012. Bl.a. suicidalrisikovurdering for sykepleier og PAB, lov om psyk helsevernlov, samtaleteknikker, farlighetsvurdering HCR20 og BVC.
- Prosedyre "Mottak øyeblikkelig hjelp".
- Sjekkliste ved innleggelse.
- Prosedyre "Behandling og evaluering".
- Prosedyre "Utskriving avslutning".
- Prosedyre "Sjekking av mobil reimseng".
- Prosedyrer "Sikkerhetsrutiner".
- Prosedyre "Når personalet blir utsatt for vold/trusler".

Akuttseksjonen Levanger

- Personelloversikt
- Internundervisning Post 2 vinter-/vår 2011

- Virksomhetsplan inkl opplæringsplan.
- ”Velkommen til psykiatrisk klinikk, Post 2.
- Prosedyre ”Mottak øyeblikkelig hjelp”.
- Prosedyre ”Voldsrisiko – screening og vurdering”.
- Prosedyre ”Sjekk av belter”. Utstyrssjekk.
- Prosedyre ”Melding om pasienten”.
- Prosedyre ”Bruk av overfallsalarm”.

Helse Nord-Trøndelag HF
Administrerende direktør
Sykehuset Levanger, Postboks 333
7601 LEVANGER

Vår ref.
2012/514 -
3163/2013

Deres ref.

Saksbehandler
Tone Opdahl Mo
Internrevisjonen 970 30 535

Dato
30.04.2013

Oversendelse av internrevisjonsrapport for oppfølging - revisjonsprosjekt Sikkerhet i psykiatriske avdelinger

Vi viser til revisjon av temaet "Iverksetting av lovendringer i psykisk helsevernloven og vurdering av sikkerhet i psykiatriske avdelinger". Revisjonsbesøk ble gjennomført i Helse Nord-Trøndelag HF i desember 2012.

Revisjonen kom i stand på bakgrunn av en henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet til de fire regionale helseforetakene med forespørsel om å gjøre rede for arbeidet med implementering av de nye bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 4A: Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. I tillegg ba HOD om en vurdering av sikkerhet ved de regionale sikkerhetsavdelingene, samt ved lokale sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger i helseregionene. I Helse Midt-Norge RHF ble Internrevisjonen bedt om å gjennomføre oppdraget som en revisjon.

Det er laget delrapporter til hvert enkelt reviderte HF. I tillegg er det utarbeidet en oppsummeringsrapport som svar på oppdraget til departementet. Oppsummeringsrapporten vedlegges til orientering.

Foreløpig rapport ble sendt til foretaket for faktaverifikasjon ved e-post 28.02.2013. Det er ikke mottatt tilbakemelding fra foretaket på foreløpig rapport.

Oppsummeringsrapport og delrapportene fra de enkelte reviderte foretakene har vært til behandling i styrets revisjonsutvalg den 11.april 2013. Revisjonsutvalget fattet følgende vedtak (sak 07/13):

1. Revisjonsutvalget viser til konklusjoner og anbefalinger i internevisjonsrapportene og tar disse til etterretning.
2. Revisjonsutvalget anbefaler styret å fatte følgende vedtak:

Styret tar internrevisjonens rapporter til etterretning og forutsetter at de anbefalinger som fremkommer i rapportene følges opp snarest i de reviderte foretakene.

Endelig rapport fra revisjonen i helseforetakene vil bli behandlet i styret i Helse Midt-Norge RHF den 14. mai 2013.

Vedlagt oversendes rapport fra revisjonen i Helse Nord-Trøndelag. Internrevisjonen ber administrerende direktør om en handlingsplan som viser hvilke tiltak som tenkes igangsatt for oppfølging av anbefalingene i rapporten. Internrevisjonen ber om en handlingsplan som omfatter følgende:

1) Oppfølgingen av anbefalinger i rapportens kap 4.4 og 5.4:

Namsos:

- Psykiatrisk klinikk/helseforetaket bør vurdere om det kan settes inn tiltak for å forbedre problemer knyttet til mangelfull lydisolert skjermingsrom.
- Akuttseksjonen bør gjennomgå sin praksis med undersøkelse av pasientenes bagasje for å sikre seg at praksisen er i samsvar med regelverket.
- Seksjonen bør sørge for at det gjennomføres risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten.

Levanger:

- Psykiatrisk klinikk/seksjonen bør endre praksis og skriftlige rutiner når det gjelder undersøkelse av pasienters bagasje m.m. slik at dette samsvarer med regelverket.
- Seksjonen bør fortsatt rette oppmerksomhet mot meldekultur, klargjøring av kriterier for melding og håndtering av uønskede hendelser, og på forbedringsarbeid knyttet til dette.
- Seksjonen bør sørge for at det gjennomføres risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten.

2) Tiltak knyttet til rapportens kap 6, 5 avsnitt der det fremgår følgende:

Etter internrevisjonens vurdering har de reviderte enhetene et forbedringspotensiale når det gjelder internkontrollsystemet. Seksjonene har en del prosedyrer og retningslinjer som regulerer virksomheten, men internrevisjonens oppfatning er at dokumentasjonen er lite helhetlig og til dels lite dekkende i forhold til viktige områder av virksomheten.

I forbindelse med foretakets utarbeidelse av handlingsplan foreslår internrevisjonen et møte for en gjennomgang av anbefalingene knyttet til pkt 1) i handlingsplanen og en utdyping av vår vurdering i pkt 2).

Det er ønskelig at handlingsplanen er behandlet i styret i Helse Nord-Trøndelag HF før den oversendes til oss.

Frist for oversendelse av handlingsplan: 1. august 2013.

Med vennlig hilsen

Tone Opdahl Mo
Internrevisor/Ass. leder



Helse Midt-Norge
Postboks 464
7501 Stjørdal

Vår ref:
2012/7741

Deres ref:
2012/514-3163/2013

Arkiv:

Dato:
25.04.14

Svarbrev på internrevisjonsrapport-revisjonsprosjekt Sikkerhet i psykiatriske avdelinger

Viser til oversendelse av internrevisjonsrapport datert 30.04.2013, samt møte ved psykiatrisk klinikk HNT 13.januar 2014.

I oversendelsesbrevet ber dere oss svare på følgende:

1) Oppfølgingen av anbefalinger i rapportens kap 4.4 og 5.4:

Namsos:

- Psykiatrisk klinikk/helseforetaket bør vurdere om det kan settes inn tiltak for å forbedre problemer knyttet til mangelfull lydisolert skjermingsrom.
- Akuttseksjonen bør gjennomgå sin praksis med undersøkelse av pasientenes bagasje for å sikre seg at praksisen er i samsvar med regelverket.
- Seksjonen bør sørge for at det gjennomføres risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten.

Levanger:

- Psykiatrisk klinikk/seksjonen bør endre praksis og skriftlige rutiner når det gjelder Undersøkelse av pasienters bagasje m.m. slik at dette samsvarer med regelverket.
- Seksjonen bør fortsatt rette oppmerksomhet mot meldekultur, klargjøring av kriterier for melding og håndtering av uønskede hendelser, og på forbedringsarbeid knyttet til dette.
- Seksjonen bør sørge for at det gjennomføres risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten.

2) Tiltak knyttet til rapportens kap 6, 5 avsnitt der det fremgår følgende:

Etter internrevisjonens vurdering har de reviderte enhetene et forbedringspotensiale når det gjelder internkontrollsystemet. Seksjonene har en del prosedyrer og retningslinjer som regulerer virksomheten, men internrevisjonens oppfatninger at dokumentasjonen er lite helhetlig og til dels lite dekkende i forhold til viktige områder av virksomheten.

I forbindelse med foretakets utarbeidelse av handlingsplan foreslår internrevisjonen et møte for en gjennomgang av anbefalingene knyttet til pkt 1) i handlingsplanen og en utdyping av vår vurdering i pkt 2).

Det er ønskelig at handlingsplanen er behandlet i styret i Helse Nord-Trøndelag HF før den oversendes til oss.

Besøksadresser Psykiatrisk klinikk

Sykehuset Levanger
Inngang fra Halsanvn.
7600 LEVANGER

DPS Stjørdal
Remyrveien 37
7500 STJØRDAL

Høvdinggården
Høvdingvegen 10
7725 STEINKJER

Sykehuset Namsos
Overhallsveien
7800 NAMSOS

DPS Kolvereid
Halsanvn.
7970 KOLVEREID

Som det ble anbefalt i oversendelsesbrevet ble det avholdt et oppklaringsmøte for å gå gjennom anbefalingene knyttet til pkt 1) i handlingsplanen og en utdyping av deres vurdering i pkt 2).

I forhold til pkt 2) viste det seg at internrevisjonsgruppa ikke var forevist vårt elektroniske kvalitetssystem som ligger i EQS. Det ble gjennomgått i møtet, og etter det vi fikk inntrykk av ble det klargjørende i forhold til rapportens bemerkning om at dokumentasjonen var lite helhetlig og til dels lite dekkende i forhold til områder av virksomheten. Vårt kvalitetssystem er et viktig element i vår ISO-sertifisering, og blir revidert årlig av Det Norske Veritas. Slik dokumentasjonen ble forevist på møtet oppfattet vi at revisjonsgruppe ble svært fornøyd med vår dokumentasjon.

I forhold til pkt 1) var to av bemerkningene til Namsos og Levanger likelydende. Det alvorligste punktet var praksis og skriftlige rutiner når det gjelder undersøkelse av pasientenes bagasje. Allerede under revisjonen ble dette påpekt, og vi endret derfor umiddelbart våre Husordensregler og rutiner i forhold til bagasjegenomgang. Vi endret rutinene fra at all bagasje skulle gjennomgås, til at vi oppfordret alle pasientene til at de frivillig lot oss gjennomgå bagasjen. Dersom de ikke ønsket dette vurderte vi om vi skulle fatte vedtak om bagasjegenomgang.

Så viste det seg at Helsedirektoratet sendte ut et brev datert 28.05.2013 som omhandlet dette, altså etter at revisjonen fant sted. I dette brevet var det en innskjerping av rutinene vedrørende bagasjegenomgang. Dette ble vi gjort oppmerksom på under møtet 13.01.2014. Våre rutiner som ble revidert umiddelbart etter revisjonen våren 2013, var i konflikt med dette rundskrivet. Helsedirektoratet påpeker at loven legger opp til at det alltid skal fattes vedtak om bagasjegenomgang, selv om pasienten samtykker i dette.

Vi tok derfor umiddelbart grep, og iverksatte følgende:

Ved en endring om at det skal alltid være vedtak før bagasjegenomgang, må følgende dok endres:

- Husordensreglene (13825)
- Innleggelse, felles prosedyre for klinikken (13820)
- Sikkerhetsinstruks, seksjon akutt, SL (7750)
- Innleggelse, seksjon akutt, SN, sjekkliste (7726)
- Innleggelse, seksjon psykose, SN Huskeliste (18763)
- Innleggelse, seksjon psykose, SL – sjekkliste (4146)
- Innleggelse, seksjon ARP Døgn – sjekkliste (15161)

Disse dokumentene er nå revidert i samsvar med brevet fra Helsedirektoratet.

Det må samtidig bemerkes at vi er redd for at denne endringen skal gå ut over sikkerheten til medpasienter og personalet. I praksis betyr det at vi må fatte vedtak på nesten alle pasientene som bli lagt inn på akuttseksjonene. Vi ber derfor RHFet ta opp dette med de sentrale myndigheter, og la akuttseksjonene få samme unntak i forhold til dette på lik linje med de regionale sikkerhetspostene.

Når det gjelder risikovurderinger for å forebygge at det skjer feil og uønskede hendelser i virksomheten, er vi enig at vi skal ha fullt fokus på dette. Vi har et avvikssystem som kan systematisere våre feil og uønskede hendelser, slik at vi kan se om dette ligger på systemnivå eller om det er personlige feil. Det blir gjennomført årlige verneunder med verneombud, seksjonsleder, koordinator og seksjonsspesialist med fokus på sikkerhet. Det er fokus på opplæring av personell angående akuttsituasjoner (brann, utagering, overfallsalarm og førstehjelp) det er også samarbeid med somatiske avdelinger i opplæring av personell. I tillegg til dette vil vi be vår bedriftshelsetjeneste om å gjennomføre en risikovurdering av våre akuttseksjoner.

I Namsos har de i tillegg bygningsteknisk gjennomgang sammen med teknisk avdeling for å forbedre sikkerheten ved sengepostene. Det er gjort store forbedringer med alarmsystemet ved sengeposter og behandlerkontor.

Når det gjelder å forbedre problemer knyttet til mangelfull lydisolert skjermingsrom i Namsos, kan bemerkes:

Rom som er beskrevet som skjermingsrom i rapporten er ikke skjermingsrom ved akuttposten. Rommet ble brukt som en midlertidig løsning i en tidsbegrenset tid.

På Levanger ble det også påpekt at seksjonen bør fortsatt rette oppmerksomhet mot meldekultur, klargjøring av kriterier for melding og håndtering av uønskede hendelser, og på forbedringsarbeid knyttet til dette. Vi er enig i at det er viktig å melde fra om uønskede hendelser og at meldekulturen alltid kan forbedres. Vi har et elektronisk avvikssystem som skal brukes til dette. Det er viktig å gi tilbakemelding til personalet for å se om det er noe på systemnivå som kan forbedres. Dette er en fast post på personalmøtene og seksjonsråd, og bidrar til å holde «trykket» på meldekulturen oppe.

Vi vil med dette få takke for revisjonen. Revisjoner gir oss muligheter til å bli sett med nye øyne, og det er alltid ting som kan forbedres. Denne revisjonen ga oss innsikt i at vi ikke fulgte lovverket i forbindelse med bagasjegenngang. Det er nå rettet opp. Lovverket rundt dette kan imidlertid sette de øvrige pasientene og personalet i fare, og vi ber derfor om at Helse Midt-Norge RHF følger opp dette slik vi ble enig om i møtet i januar 2014.

Hilde Ranheim
Klinikkleder
Psykiatrisk klinikk, HNT

FYLKESMANNEN I HORDALAND	
SAKSNR:	SBH:
ARKIVNR:	U.OFF. §
MOTTATT DATO: 31 MAI 2013	
TA ☐	DATO: SIGN.:
TIDL.REF.:	



Se mottakertabell

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

09/1393-9

Hanne Skoe Cederkvist

28.05.2013

Vedrørende rutinemessig ransaking av pasienter i det psykiske helsevernet

Helsedirektoratet er på nytt gjort kjent med at det gjennomføres rutinemessig ransaking ved en del av landets akuttpsykiatriske avdelinger.

Helsedirektoratet minner om at det kun er adgang til å gjennomføre rutinemessig ransaking av bagasje og/eller pasientrom i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå, jf. psykisk helsevernloven §§ 4A-4 og 4A-12. For alle andre enheter i det psykiske helsevernet gjelder psykisk helsevernloven § 4-6, som kun åpner for undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon ved *begrunnet mistanke* om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnoophold.

Psykisk helsevernloven § 4-6 er kommentert i rundskriv IS-9/2012 «Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer» på side 70, hvor følgende fremkommer:

«Det er ikke anledning til å fastsette regler om rutinemessig ransaking av bagasje eller pasientrom eller kroppsvisitasjon (for eksempel i institusjonens husordensreglement). Det er ikke juridiske hindre for å la alle pasienter rutinemessig gå igjennom metalldetektor ved innkomst til institusjonen, men det kan være faglig betenkelig.

Vedtak om ransaking og/eller kroppsvisitasjon kan bare treffes dersom det foreligger *begrunnet mistanke* om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand er eller vil bli forsøkt innført i institusjonen. Med "begrunnet mistanke" menes at det må foreligge konkrete holdepunkter for mistanken. Det kan for eksempel være konkrete tips om at farlig gjenstand vil bli innført av pasienten, eller at det er observert handlinger og atferd hos pasienten som gir slik mistanke. Eksempel på slik atferd kan være beruselse eller ruspåvirkning, aggressive tendenser eller atferd som gir mistanke om planlegging av suicid. Mistanken skal primært knyttes til ytre forhold, men det kan også tas hensyn til pasientens sinnstilstand eller tidligere erfaringer i forhold til pasienten.»

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling psykisk helsevern og rus

Hanne Skoe Cederkvist, tlf.: 24163496

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Helsedirektoratet er kjent med at mange institusjoner baserer rutinemessig ransaking på pasientens samtykke, og på denne måten omgår de strenge kravene i § 4-6, jf. ovenfor. Helsedirektoratet gjør oppmerksom på at denne praksisen ikke er i overenstemmelse med psykisk helsevernlovens system, se rundskrivet side 56. I §§ 4-4 og 4-7a er samtykke som grunnlag for tiltak positivt regulert, og lovgiver har dermed åpnet for at tiltaket bygges på samtykke. For øvrige tiltak legger loven opp til at institusjonen alltid skal treffe vedtak, selv om pasienten samtykker til tiltaket. Dette gjelder skjerming (§ 4-3), innskrenkning i forbindelse med omverdenen (§ 4-5), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7), tvangsmidler (§ 4-8) og overføring av pasient (§ 4-10). Bestemmelsene knytter tiltakene opp mot materielle vilkår, til personell kompetanse (faglig ansvarlig for vedtak), til saksbehandlingsregler og til klagerett til kontrollkommisjonen. Disse rettssikkerhetsgarantiene bortfaller dersom tiltaket baseres på samtykke.

Helsedirektoratet forventer at praksis nå endres slik at denne blir i tråd med loven, og at kontrollkommisjonene følger opp dette. Vedvarende feilpraksis vil være et «alvorlig forhold» som gir grunnlag for varsel til fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 63 fjerde ledd.

Vennlig hilsen

Gitte Huus e.f.
avdelingsdirektør

Hanne Skoe Cederkvist
Hanne Skoe Cederkvist
rådgiver

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
✓ Landets helseforetak			
Landets kontrollkommisjoner			
Landets fylkesmenn			
Statens Helsetilsyn			
Helse- og omsorgsdepartementet			

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 19/2014 Orienteringssaker

Saken behandles i:

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF

Møtedato

12. mai 2014

Møtesaksnummer

19/2014

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2014/1492

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 19/2014 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 10.04.14
2. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 10.04.14
3. Protokoll fra foretaksmøte 28.04.14 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF
4. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 07.05.14
5. Kvalitet og pasientsikkerhet
6. Forprosjekt: Organisatorisk integrering av Ambulanse Midt-Norge HF
7. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 10.04.14 kl 08.30 kl 15.30
Møtested: Quality Airport Hotell Værnes
Saksnr.: 27/14 – 35/14
Arkivsaksnr.: 2014/13

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte
Ola H. Strand
Vigdis Harsvik
Paul Steinar Valle
Brit Tove Welde
Tore Kristiansen
Bjørge Henriksen
Tore Brudeseth
Ellen M. Wøhni
Rune Heggedal

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness
Per Skjei

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Trond Michael Andersen (til kl. 15.00)
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Direktør for samhandling Daniel Haga
Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik
Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød
Direktør for helsefag, forskning og utdanning Henrik A. Sandbu
Økonomidirektør Anne Marie Barane
Rådgiver Nina M. Pedersen
Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen (til kl. 11.30)

I tillegg møtte revisor Terje Tvedt fra BDO under behandling av sak 28/14

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 03.04.14. Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i styreadministrasjonen, med unntak av sak 28/14. Denne ble lagt ut i styreadministrasjonen 04.04.14.

Mandag 07.04.14 ble referat fra møte i Styrets revisjonsutvalg 19.03.14 lagt ut. Tirsdag 08.04.14 ble referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 07.04.14 lagt ut.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 07.04.14
- Ny versjon av Styrets årsberetning
- Ny versjon av årsregnskap 2013 for Helse Midt-Norge RHF

I forkant av styremøtet var det seminar for styret onsdag 9. april 2014 på HUNT Levanger. Tema for seminaret var forskning og innovasjon.

Styrets leder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Styremøtet startet med lukket møte mellom revisor og styret.

Styremedlem Tore Kristiansen meldte inn sak om brukerstyrte senger under eventuelt.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Direktør for samhandling Daniel Haga trådte inn som stedfortreder for adm dir fra kl. 15.00.

Sak 27/14 Referatsaker

- Referat fra møtet i Regional Brukerutvalg 7. april 2014
- Referat fra møte i Styrets revisjonsutvalg 19.03.14
- Brev fra Orkidè – «Finansiering av et likeverdig og robust spesialisthelsetjenestetilbud til innbyggerne i Møre og Romsdal»
- Brev fra brukerutvalg i Sykehusapotekene i Midt-Norge vedr. klinisk farmasi

Sak 28/14 Styrets årsberetning og årsregnskap for 2013 for Helse Midt-Norge RHF

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2013 med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet. Årets overskudd på 319,5 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års

underskudd med 316,706 millioner og 2,828 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller.

2. Styret godkjenner erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte, inkludert retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for 2014 og legger denne fram for beslutning av foretaksmøte.

3. Styret legger vedlagte årsregnskap og årsberetning fram for foretaksmøte for godkjenning.

4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta redaksjonelle endringer i årsregnskapet og årsberetningen.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternativ forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2013 med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet. Årets overskudd på 319,5 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års underskudd med 316,706 millioner og 2,828 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller.

2. Styret godkjenner erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte, inkludert retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for 2014 og legger denne fram for beslutning av foretaksmøte.

3. Styret legger vedlagte årsregnskap og årsberetning fram for foretaksmøte for godkjenning.

4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta redaksjonelle endringer i årsregnskapet og årsberetningen.

Sak 29/14 Statusrapport Helse Midt-Norge pr februar 2014

Forslag til vedtak:

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 28.2.2014 til etterretning.

2 Styret viser til adm. direktørs redegjørelse om tiltaksoppfølging i Helse Møre og Romsdal, og ber om at styret blir orientert om det videre arbeidet og effekten av igangsatte tiltak som del av den løpende rapporteringen til styret.

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 28.2.2014 til etterretning.

2 Styret viser til adm. direktørs redegjørelse om tiltaksoppfølging i Helse Møre og Romsdal, og ber om at styret blir orientert om det videre arbeidet og effekten av igangsatte tiltak som del av den løpende rapporteringen til styret.

Sak 30/14 Etablering av nasjonalt system for innføring av nye metoder - de regionale helseforetakenes rolle og ansvar

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar informasjonen om nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til orientering.
2. Styret slutter seg til de prinsipper for vurdering og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som er presentert i saksdokumentet av 25. mars 2014.
3. Styret legger til grunn at de regionale helseforetakene (RHF-ene) i sine avtaler med private ideelle og kommersielle aktører forutsetter etterlevelse av beslutningene som er tatt av RHF-ene hva gjelder innføring av nye metoder.
4. Styret understreker betydningen av at RHF-enes ansvar og rolle følges opp i et tett samarbeid mellom RHF-ene for å sikre pasienter i hele landet samme tilgang til nye metoder.
5. Styret gir sin tilslutning til at beslutninger om eventuell innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, fattes slik det er beskrevet i saksdokumentet av 25. mars 2014.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar informasjonen om nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til orientering.

2. Styret slutter seg til de prinsipper for vurdering og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som er presentert i saksdokumentet av 25. mars 2014.
3. Styret legger til grunn at de regionale helseforetakene (RHF-ene) i sine avtaler med private ideelle og kommersielle aktører forutsetter etterlevelse av beslutningene som er tatt av RHF-ene hva gjelder innføring av nye metoder.
4. Styret understreker betydningen av at RHF-enes ansvar og rolle følges opp i et tett samarbeid mellom RHF-ene for å sikre pasienter i hele landet samme tilgang til nye metoder.
5. Styret gir sin tilslutning til at beslutninger om eventuell innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, fattes slik det er beskrevet i saksdokumentet av 25. mars 2014.

Sak 31/14 Salg av eiendom

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at eiendommen gnr 54 bnr 169 snr 15 , Frode Rinnans veg 12 i Trondheim skal selges til høystbydende.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre salget gjennom eiendomsmegler.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at eiendommen gnr 54 bnr 169 snr 15 , Frode Rinnans veg 12 i Trondheim skal selges til høystbydende.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre salget gjennom eiendomsmegler.

Sak 32/14 Valgkomiteens forslag til oppnevning av nye helseforetaksstyrer for 2014-2016

Saken ble behandlet i lukket møte.

Forslag til vedtak:

1. Styreleder får fullmakt til fremme saken for foretaksmøtene.

2. Styrene som settes inn pr 1. mai 2014 vil få en funksjonstid ut februar 2016 slik at nye styrer utnevnes fra 1. mars 2016.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styreleder får fullmakt til fremme saken for foretaksmøtene.
2. Styrene som settes inn pr 1. mai 2014 vil få en funksjonstid ut februar 2016 slik at nye styrer utnevnes fra 1. mars 2016.

Sak 33/14 Orienteringssaker

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

I styremøte 10.04.14 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Situasjonen rundt Betania Malvik
- Nytt fra foretaksgruppen
- Planlegging av prosjekt for ny PAS/EPJ
- Nasjonalt HF for eiendomsområdet
- Samarbeid med private
- Forprosjekt regionale utviklingsplan
- Prosjektrapport - rehabilitering i Midt-Norge, arbeidsgruppens rapport og Helse Midt-Norges anbefaling om behandling av rapporten

Sak 34/14 Eventuelt

Styremedlem Tore Kristiansen ba om en orientering om brukerstyrte senger. Det ble gitt en orientering om status i Helse Midt-Norge.

Sak 35/14 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 10.04.14

Marthe Styve Holte

Ola H. Strand

Vigdis Harsvik

Paul Steinar Valle

Tore Kristiansen

Brit Tove Welde

Rune Heggedal

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 10.04.14 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Fylkes Hus, Steinkjer
Saksnr.: 10/2014 - 19/2014
Arkivsaksnr: 2014/205

Møteleder: Torunn Austheim

Møtende medlemmer:

Torunn Austheim
Gudrun Fossem
Håkon Kolstrøm
Ragnhild Holmberg Aunsmo (fratrådte møtet kl. 12.00)
Runar Asp
Arne Flaatt
Øystein Sende
Hilde Ranheim
Olav Bremnes

Forfall:

Paul Georg Skogen
Wenche P. Dehli
Jacob Br. Almlid

Varamedlem

For Paul Georg Skogen møtte ingen
For Wenche P. Dehli møtte ingen
For Jacob Br. Almlid møtte ingen

Møtende repr. med møte og talerett:

Laila Steinmo, KS
Marit Voll, KS
Einar J. Jakobsen, KS
Karin Sinnes, vara ansattrepr. fra kommunene, møtte for Tove Randi Olsen
Sunniva Rognerud, ansattrepr fra kommunene
Frank Grydeland, ansattrepr fra HNT
Mona Lund Veie, vara ansattrepr. fra HNT, møtte for Sølvi Sæther
Hildur Fallmyr, brukerrepresentant
Torgeir Skevik, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, møtte ikke
Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag møtte:
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)
Tone Skrove Haugan, rådgiver Samhandlingsavdelingen



HELSE NORD-TRØNDELAG

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

Merknader til møtet:

Sak 11/2014 ble behandlet før sak 10/2014.

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt pr. e-post 03.04.14.

Saksframlegg publisert på internettløsningen for styreadministrasjon: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Forms/Tidligere%20r.aspx>

Presentasjonene publiseres på styreadministrasjonen:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner1/Forms/AllItems.aspx>

Sak 10/2014 Godkjenning av protokoll fra møte 06.02.14

Protokoll:

Møteleder viste til protokollen.

Vedtak:

Protokoll fra møte 06.02.14 godkjennes.

Sak 11/2014 Utvikling av Kommunalt Akutt Døgntilbud (KAD)

Forslag til vedtak:

- a) ASU tilrår at partene følger opp de anbefalinger rapporten kommer med.
- b) Kommunene etablerer og utvikler basistilbudet som er beskrevet i rapporten, for å sikre et godt helhetlig tilbud.
- c) Ved revisjon av avtalene og inngåelse av nye avtaler, tar man sikte på å inngå avtale om ansvarsfordeling i tråd med anbefaling i rapporten
- d) Rapporten danner grunnlag for en videre operasjonalisering av tjenesteavtale 1 og 4.
- e) Partene anbefales å drøfte dagens forbruk av sykehustjenester, slik at en får en felles forståelse av oppgavefordelingen mellom kommune og helseforetak



HELSE NORD-TRØNDELAG

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

Protokoll:

Professor Anders Grimsmo, informerte om Helsedirektoratets revideringer i veilederen for kommunalt akutt døgntilbud, og kommenterte innholdet i rapporten opp mot veilederen.

Sverre Ørgersen, lege i Værnesregionen gjennomgikk rapporten om utvikling av kommunalt akutt døgntilbud (KAD) mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF.

Det ble fremmet nytt forslag til vedtak, som ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Rapporten oversendes PSU med anbefaling om at det nyttes som grunnlagsdokument i tilknytning til inngåelse/revisjon av avtalene mellom kommunene og helseforetaket og videreutvikling av øyeblikkelig hjelp tilbudet.

Sak 12/2014 Status samhandling innen smittevern – rapport fra fagrådet

Forslag til vedtak:

ASU tar rapporten fra fagråd for smittevern til etterretning og arbeider for å implementere rutinene i sine organisasjoner.

Protokoll:

Torunn Austheim la fram saken.

Det ble fremmet en endring i forslaget til vedtak, som ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

ASU tar rapporten fra fagråd for smittevern til etterretning og oversender den til kommunene og helseforetaket for implementering i egne organisasjoner.

Sak 13/2014 Rutiner for endring av samarbeidsavtale og tjenesteavtaler mellom kommuner og Helse Nord-Trøndelag HF – kommunale rutiner

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Forslag til vedtak:**

Framlagte forslag til rutiner for endringer i avtalene tas til etterretning:

Forslag til endringer i avtalene forutsettes behandlet først i ASU. ASU må også gi uttrykk for sitt syn på om disse endringene oppfattes som vesentlig eller ikke.

Deretter sendes saken til KS fylkesstyre for videre behandling.

Når KS fylkesstyre har behandlet saken ferdig, får ASU saken tilbake for effektivering av ferdige avtaler med de endringene som er vedtatt. Avtalene oppdateres på felles nettsider.

Protokoll:

Einar J. Jakobsen la fram saken.

Vedtak:

Framlagte forslag til rutiner for endringer i avtalene tas til etterretning:

Forslag til endringer i avtalene forutsettes behandlet først i ASU. ASU må også gi uttrykk for sitt syn på om disse endringene oppfattes som vesentlig eller ikke.

Deretter sendes saken til KS fylkesstyre for videre behandling.

Når KS fylkesstyre har behandlet saken ferdig, får ASU saken tilbake for effektivering av ferdige avtaler med de endringene som er vedtatt. Avtalene oppdateres på felles nettsider.

Sak 14/2014 Evaluering av Samhandlingskonferansen 2014 og oppnevning av ny program- og arrangementskomité for Samhandlingskonferansen 2015**Forslag til vedtak:**

Administrativt samarbeidsutvalg tar evalueringen til etterretning og vedtar følgende organisering av arbeidet rundt arrangement av Samhandlingskonferansen 2015:

- KS innehar leder- og sekretariatsfunksjon for programkomiteen i 2015
- Evalueringsrapporten for konferansen 2014 legges til grunn for det videre arbeidet i programkomite for Samhandlingskonferansen 2015:

KS og Helse Nord-Trøndelag HF har levert følgende forslag til program- og arrangementskomite for Samhandlingskonferansen 2015:

Marit Pedersen (KS)

Liv Inger Masdal Næss (KS)

Liv Leth Olsen(KS)

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Anne Johanne Lajord(KS)

Olav Bremnes (Helse Nord-Trøndelag)

Helse Nord-Trøndelag

Hilde Fosslund (Helse Nord-Trøndelag)

Svenn Morten Iversen(Praksiskonsulent)

Representant fra Brukerutvalget

Torgeir Skevik fra Fylkesmannen

Sekretariat for konferansen:

- Administrativt samarbeidsutvalg gir innspill til programkomiteen dersom spesiell fokus/tema ønskes satt på dagsorden
- Administrativt samarbeidsutvalg orienteres om framdrift i komiteens arbeid og godkjenner programskisse for konferansen i utvalgets møte
- Samhandlingssjefen eller KS (avhengig av hvem som har sekretariats- og lederfunksjonen for konferansen) sørger for at program/arrangementskomiteen konstituerer seg og setter opp møteplan for arbeidet så raskt som praktisk mulig.

Protokoll:

Laila Steinmo la fram saken.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar evalueringen til etterretning og vedtar følgende organisering av arbeidet rundt arrangement av Samhandlingskonferansen 2015:

- KS innehar leder- og sekretariatsfunksjon for programkomiteen i 2015
- Evalueringsrapporten for konferansen 2014 legges til grunn for det videre arbeidet i programkomite for Samhandlingskonferansen 2015:

KS og Helse Nord-Trøndelag HF har levert følgende forslag til program- og arrangementskomite for Samhandlingskonferansen 2015:

Marit Pedersen (KS)

Liv Inger Masdal Næss (KS)

Liv Leth Olsen(KS)

Anne Johanne Lajord(KS)

Olav Bremnes (Helse Nord-Trøndelag)

Arne Okkenhaug (Helse Nord-Trøndelag)

Hilde Fosslund (Helse Nord-Trøndelag)

Svenn Morten Iversen(Praksiskonsulent)

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Representant fra Brukerutvalget John Karl Amdahl

Torgeir Skevik fra Fylkesmannen

Sekretariat for konferansen:

- Administrativt samarbeidsutvalg gir innspill til programkomiteen dersom spesiell fokus/tema ønskes satt på dagsorden
 - Administrativt samarbeidsutvalg orienteres om framdrift i komiteens arbeid og godkjenner programsliste for konferansen i utvalgets møte
 - Samhandlingssjefen eller KS (avhengig av hvem som har sekretariats- og lederfunksjonen for konferansen) sørger for at program/arrangementskomiteen konstituerer seg og setter opp møteplan for arbeidet så raskt som praktisk mulig.
-

Sak 15/2014 Hospiteringsordning mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF**Forslag til vedtak:**

ASU godkjenner den foreslåtte ordningen for hospitering som et kompetansetiltak til bruk mellom kommunene og helseforetaket.

ASU vil at evalueringene gjøres **elektronisk/i papirversjon**, og ber Personalnettverket innen 16. mai ajourføre vedleggene iht dette for hospiteringsordningen distribueres via ASUs sekretariat. Personalnettverket gis ansvar for å samle inn data fra evalueringene for bruk i evalueringsarbeidet av hospiteringsordningen.

ASU ber Personalnettverket NT evaluere hospiteringsordningen, og legge fram resultatet av evalueringen med forslag til eventuelle forbedringer for ASU i møte mai/juni 2015.

Protokoll:

Aud-Mai Sandberg, HR-sjef i Helse Nord-Trøndelag, orienterte om prosessen med utarbeidelse av forslag til hospiteringsordning mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF, og gikk igjennom forslaget til vedtak.

Vedtak:

ASU godkjenner den foreslåtte ordningen for hospitering som et kompetansetiltak til bruk mellom kommunene og helseforetaket.

ASU vil at evalueringene gjøres elektronisk, og ber Personalnettverket innen 16. mai ajourføre vedleggene iht. dette for hospiteringsordningen distribueres via ASUs sekretariat.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Personalnettverket gis ansvar for å samle inn data fra evalueringene for bruk i evalueringsarbeidet av hospiteringsordningen.

ASU ber Personalnettverket NT evaluere hospiteringsordningen, og legge fram resultatet av evalueringen med forslag til eventuelle forbedringer for ASU i møte mai/juni 2015.

Sak 16/2014 Ny turnusordning for leger**Forslag til vedtak:**

ASU vedtar at Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag fortsetter å bruke § 12 alternativ b, for å koble praksisplassene for turnuslegene mellom sykehus og kommune.

Protokoll:

Astrid Stamnes, spesialrådgiver i HR-avdelingen i Helse Nord-Trøndelag, orienterte om saken.

Vedtak:

ASU vedtar at Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag fortsetter å bruke § 12 alternativ b, for å koble praksisplassene for turnuslegene mellom sykehus og kommune.

Ordningen evalueres innen 1. juni 2016.

Sak 17/2014 Felles prosess for høring av Rehabiliteringsrapporten av 26.03.14 fra Helse Midt-Norge og KS Midt-Norge**Forslag til vedtak:**

AU til ASU gis i oppdrag å koordinere høringsuttalelsene fra kommuner og Helse Nord-Trøndelag i en felles rapport fra Nord-Trøndelag

- I høringsuttalelsen skal det klart fremgå kommunenes tilbakemeldinger og HNT sine tilbakemeldinger
- AU sender forslaget ut til medlemmene i ASU for tilslutning innen 10.06.14
- Høringsuttalelsen oversendes Helse Midt-Norge og KS Midt-Norge innen 20. juni 2014

Protokoll:

Laila Steinmo orienterte om saken.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Vedtak:**

ASU's arbeidsutvalg gis i oppdrag å koordinere høringsuttalelsene fra kommuner og Helse Nord-Trøndelag i en felles høringsuttalelse fra Nord-Trøndelag til Helse Midt-Norge.

- I høringsuttalelsen skal det klart fremgå kommunenes tilbakemeldinger og HNT sine tilbakemeldinger
 - Saken behandles i neste møte i ASU 05.06.14
 - Høringsuttalelsen oversendes Helse Midt-Norge og KS Midt-Norge innen 20. juni 2014
-

Sak 18/2014 Orienteringer**Protokoll:**

- Status oppnevning av representanter til Nord-Trøndelag samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon i helse, - velferds- og omsorgstjenestene*
Olav Bremnes orienterte om saken. HINT vil innkalle til første møte i samarbeidsorganet
- Status og utfordringer ved innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger)*
Kommunene vil bli innkalt til et møte om saken etter påske.
- Rutinebeskrivelse: «Ledsagerbehold for funksjonshemmede under sykehusopphold»*
Olav Bremnes orienterte om at saken vil bli tatt opp i et senere møte.
- Søknader på midler til samhandlingsprosjekter for 2014*
Det ble orientert om at det jobbes med å fremme søknader på samhandlingsmidler.
- Referat fra møte i PSU- 24. mars 2014*
 - Arne Flaot og orienterte om at det ved oppnevning av nytt styre i Helse Nord-Trøndelag fra 1. mai 2014, vil bli en endring i sammensetningen av medlemmer, dette vil også få innvirkning på sammensetningen av representanter i PSU.
 - Arne Flaot informerte ASU om sak behandlet i PSU 24.03.14 - Ambulansetjenesten i Nord-Trøndelag.
 - ASU gir sin tilslutning til vedtaket i PSU-møte 24.03.14, sak 01/2014 pkt. 1.

Vedtak:

ASU tar orienteringen til etterretning.



HELSE NORD-TRØNDELAG

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

Sak 19/2014 Eventuelt

ASU ber om at det i neste møte fremlegges oversikt over behandlede saker, og saker under arbeid.

GODKJENNING I NESTE MØTE I ASU

Foretaksmøteprotokoll 28. april 2014

Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF

**Godkjenning av årsregnskap og
årsberetning for 2013, behandling av
årlig melding, oppnevning av
styremedlemmer m.m.**

Innholdsfortegnelse

Sak 1	Foretaksmøtet konstitueres	2
Sak 2	Dagsorden	2
Sak 3	Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2013, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6.....	2
Sak 4	Godkjenning av retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for ledende ansatte, jf. vedtektene § 14 a.....	2
Sak 5	Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44	3
Sak 6	Årlig melding 2013, jf. vedtektene til foretaket	3
Sak 7	Oppnevning av styremedlemmer fra 1. mai 2014	5
Sak 8	Fastsetting av styregodtgjørelse.....	5

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Mandag 28. april 2014 kl. 17:00 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF i Helse Midt-Norge RHF sine lokaler i Strandveien 1, Stjørdal.

Dagsorden

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2013, jf. lov om helseforetak § 43, og vedtektene § 6
- Sak 4 Godkjenning av retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for ledende ansatt, jf. vedtektene § 14 a
- Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
- Sak 6 Årlig melding 2013, jf. vedtektene til foretaket
- Sak 7 Oppnevning av styremedlemmer fra 1. mai 2014
- Sak 8 Fastsetting av styregodtgjørelse

Fra Helse Midt-Norge RHF møtte

Styreleder Marthe Styve Holte
Administrerende direktør Trond Michael Andersen
Direktør for eierstyring Torbjørگ Vanvik

Fra Helse Nord-Trøndelag HF

Styreleder Alf Daniel Moen
Administrerende direktør Arne Flaas

Også tilstede

Seniorrådgiver Venke Reiten, Helse Midt-Norge RHF

Valgt revisor; BDO AS; var informert om foretaksmøtet og møtte ikke.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Marthe Styve Holte, som øverste eiermyndighet og møteleder, ønsket velkommen. Hun spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Marthe Styve Holte foreslo at Helse Nord-Trøndelag HFs styreleder Alf Daniel Moen og administrerende direktør Trond Michael Andersen ble valgt til å underskrive protokollen. Foretaksmøtet sa seg enig i dette.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2 Dagsorden

Møteleder spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2013, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6.

Styreleder la fram årsregnskapet og årsberetningen, herunder styrets forslag til anvendelse av overskudd.

Helseforetaket ved styreleder ga en kort orientering om økonomiske resultater i 2013. Årsresultatet var på tkr 58 038, noe som er tkr 10 087 lavere enn fastsatt krav fra Helse Midt-Norge RHF.

Foretaksmøtet vedtok:

Årsregnskap og årsberetning for Helse Nord-Trøndelag HF for regnskapsåret 2013 godkjennes.

Sak 4 Godkjenning av retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for ledende ansatte, jf. vedtektene § 14 a

Styreleder ga en presentasjon av styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for ledende ansatte, som tatt inn i note 5 til årsregnskapet for Helse Nord-Trøndelag HF.

Foretaksmøtet har merket seg at Helse Nord-Trøndelag HF ikke har fastsatt konkrete retningslinjer for 2014 for fastsettelse av lønn og godtgjørelse til daglig leder og ledende ansatte i henhold til allmennaksjeloven § 6-16a og vedtektene § 14 a. Foretaksmøtet legger til grunn at styret fastsetter retningslinjer for 2014 i tråd med gjeldende bestemmelser, herunder Statens Retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper. Foretaksmøte presiserer at det ikke er tilstrekkelig med en generell henvisning til Statens generelle bestemmelser. Retningslinjene skal iht. allmennaksjelovens § 5-6, 3 ledd, jf. vedtektene § 14 a godkjennes av foretaksmøte slik det er gjort for 2013, jf. foretaksmøte 20. desember 2013 og styresak 34/2013.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HFs styre påse at det blir utarbeidet retningslinjer for lederlønnfastsettelse for 2014 og fremme disse for godkjenning av foretaksmøte.

Foretaksmøte ba videre Helse Nord-Trøndelag HFs styre påse at retningslinjer for lederlønnfastsettelse for 2015 blir fullstendig innarbeidet i årsregnskapet for 2014 og behandlet samtidig med årsregnskapet for 2014.

Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning.

Foretaksmøtet vedtok:

Godtgjørelse til ekstern revisor for lovpålagt revisjon for 2013 på kr 121 250 inkl. mva. godkjennes.

Sak 6 Årlig melding 2013, jf. vedtektene til foretaket

Foretaksmøtet skal etter vedtektenes §§ 6 og 13 behandle årlig melding innen utgangen av juni hvert år.

Basert på de årlige meldingene fra alle helseforetak i regionen utarbeider Helse Midt-Norge RHF en samlet årlig melding for regionen. Helse Midt-Norge RHF har en målsetting om hvert år å levere en god årlig melding til eier. For at den samlede årlige meldingen for regionen skal holde en høy kvalitet, er en av forutsetningene at det enkelte helseforetak i regionen leverer gode årlige meldinger.

Helseforetaket ga en kort orientering om årlig melding 2013 og styrets videre arbeid på utvalgte områder.

Helse Nord-Trøndelag HF har levert en god årlig melding for 2013. Den er ryddig, gir svar på hva som er gjort og om målene er nådd. Meldingen viser at helseforetaket oppfyller mange viktige styringskrav og mål i 2013, men også at foretaket ikke har innfridd nivåsatte krav på flere områder.

Foretaksmøtet har spesielt merket seg positive resultater knyttet til pasienttilfredshet, der pasientene gir foretaket blant de beste tilbakemeldingene i landet.

Foretaksmøtet merket seg at målet med å redusere gjennomsnittlig ventetid til under 65 dager i 2013 ikke er oppfylt og presiserer at dette ikke er tilfredsstillende. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fikk et tilbud om utredning eller behandling var 72 dager i 2013. Dette er en økning på 2 dager sammenlignet med 2012.

Videre er andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som ikke får behandling innen medisinsk satt frist på 6,4 pst. i tredje tertial i Helse Nord-Trøndelag HF. Dette er også en økning fra 2012 og foretaksmøtet var ikke fornøyd med dette. Foretaksmøtet viste til at det gjennom flere år har vært et mål for spesialisthelsetjenesten at fristbrudd ikke skal forekomme.

Det er viktig at helseforetaket øker innsatsen for å oppnå målene knyttet til ventetider og fristbrudd. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF innretter driften slik at målene om ventetider og fristbrudd innfris. For 2013 ble det stilt krav om at 80 pst. av pasientene som henvises for kreftbehandling skal være i gang med behandling innen 20 virkedager etter at henvisningen er mottatt. For kreftpasienter med tykktarmkreft og lungekreft var andelen som fikk behandling innen 20 dager hhv. 56 pst og 50 pst. Foretaksmøtet understreket at det er behov for å prioritere disse områdene slik at målene nås. Foretaksmøtet har merket seg at Helse Nord-Trøndelag HF har oppnådd målsettingen innen brystkreft.

Pasientsikkerhet er et av de viktigste innsatsområdene både nå og i tiden framover, og det er igangsatt et femårig program for dette i Helse Midt-Norge. Helse Nord-Trøndelag HF har fulgt opp innsatsområdene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, og foretaksmøtet la til grunn at foretaket vil holde fram med å arbeide systematisk med dette området.

Foretaksmøtet merket seg at andelen pasienter i alderen 18 – 80 år med hjerneinfarkt som får trombolysbehandling i Helse Nord-Trøndelag HF var på 8,6 pst. i 2. tertial 2013, opp fra 2,5 pst. i andre tertial i 2012. Selv om utviklingen har vært positiv i 2013 er resultatet fremdeles langt unna målet om en andel på 20 pst. Foretaksmøtet forutsatte at arbeidet med å nå målet videreføres.

Foretaksmøtet viste til at det gjennom mange år er lagt et godt og systematisk grunnlag for at samhandling mellom og innen helsetjenestenivåene i Nord-Trøndelag skal kunne utvikle seg videre. Foretaksmøtet la til grunn at helseforetaket må rette oppmerksomhet mot å videreutvikle pasientforløpene slik at deler av pasientbehandlingen kan foregå utenfor sykehus, enten ved desentraliserte spesialisthelsetjenester, hos avtalespesialist eller i kommunale enheter hvor kommuner og helseforetak samarbeider. Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om fortsatt å sørge for at helseforetaket utvikler seg i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Foretaksmøtet viste til oppdraget Helse Nord-Trøndelag HF fikk med å utarbeide en prosjektplan knyttet til utvikling av metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring i foretaksgruppen. Prosjektrapport ble avlevert 31. januar 2014 og denne vil være et viktig grunnlag i det videre arbeidet med å få på plass en helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring i regionen.

Foretaksmøtet påpekte at alle helseforetak i Helse Midt-Norge skal skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Helse Nord-Trøndelag HF hadde i 2013 et årsresultat på 58 mill. kroner, hvilket er om lag 10 mill. kroner lavere enn fastsatt korrigeret resultatkrav. Foretaksmøtet har merket seg at helseforetaket oppnådde et positivt resultat for 2013, men at de ikke klarte resultatkravet. Foretaksmøtet understreket viktigheten av at Helse Nord-Trøndelag HF holder nødvendig trykk på arbeidet med å skape nødvendig økonomisk resultat.

Regional utviklingsplan

Alle helseforetak i Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet egne utviklingsplaner etter oppdrag gitt i tidligere foretaksmøter. Slik disse utviklingsplanene foreligger i dag er de blant annet bygd på ulike forutsetninger, ulik metode og ulike prosesser. Felles for planene sett i et regionalt perspektiv er at de er utarbeidet med blikk på optimalisering i eget foretak og ikke i forhold til en regional optimalisering av et kvalitativt og faglig godt tjenestetilbud og god logistikk. Planene som foreligger har uløste utfordringer i forhold til oppgavefordeling mellom sykehus og helseforetak i regionen. Dette er en problemstilling som krever en helhetlig regional avklaring for å få gjennomført videre planlegging innenfor det enkelte foretak. Videre er det avgjørende at de investeringsbehov som er skissert i HF-planene kan sees i sammenheng, og prioriteres ut fra vår samla økonomiske bærekraft framover.

Helse Midt-Norge ser derfor behov for å iverksette en egen prosess for å utarbeide en felles regional plan.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF medvirke i utarbeidelsen av en regional utviklingsplan. Utviklingsplanen skal gi grunnlag for fremtidige beslutninger om funksjonsfordeling og sykehusstruktur i regionen. Planen skal bygge på strategiske dokumenter og føringer nasjonalt og regionalt. Utviklingsplanen vil bidra til å operasjonalisere Strategi 2020 og være en plan som kobler virksomhetsutviklingen sammen med utvikling av bygningsmassen i regionen. Økonomisk bæreevne vil stå sentralt og målet er å anvende regionens samlede økonomi i en effektiv balanse mellom drift og investering. I den grad det er formålstjenlig skal utviklingsplanen peke på flere alternativ, der en som del av arbeidet også kan vurdere behovene uavhengig av dagens sykehusbygg, foretaksgrenser fylkesgrenser, kommunegrenser og forvaltningsnivå.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar årlig melding 2013 fra Helse Nord-Trøndelag HF til etterretning.

Sak 7 Oppnevning av styremedlemmer fra 1. mai 2014

Styreleder Marthe Styve Holte redegjorde for arbeidet i valgnemnda, og viste til sak 32/14 i det regionale styret den 10.4.2014.

Foretaksmøtet vedtok:

Med virkning fra 1.5.2014 oppnevnes følgende personer som eieroppnevnte styremedlemmer frem til 1. mars 2016:

Moen, Alf Daniel
Åhren, Inger Marit Eira
Gram, Bjørn Arild
Dille, Marit
Vanvik, Torbjørn

Foretaksmøtet oppnevner Alf Daniel Moen som styreleder og Inger Marit Eira Åhren som nestleder. Foretaksmøtet minner om at styret som kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av habilitetsbestemmelsene i forvaltningsloven kapittel 2.

Sak 8 Fastsetting av styregodtgjørelse

Styreleder Marthe Styve Holte viste til at det sist ble endret styregodtgjørelse i 2012, og at det er beregnet ny godtgjørelse med utgangspunkt i endringen i styregodtgjørelsen til styret i Helse Midt-Norge RHF og arbeidsbelastningen i det enkelte styret.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet vedtar å heve den årlige styregodtgjørelsen fra 1.mai 2014 til:

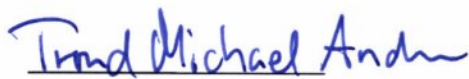
Styreleder	190 000,- kroner
Nestleder	122 000,- kroner
Styremedlem	90 000,- kroner

Varamedlem (for ansattevalgte styremedlemmer) får en godtgjørelse på kr. 4 000,- pr møte.

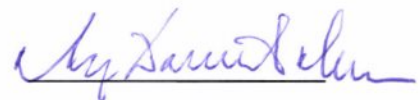
Det er praksis i foretaksgruppen å ikke gi økonomisk kompensasjon eller dekning av kostnader utover rene reise- og oppholdskostnader knyttet til styremøter mv. og fastsatt styregodtgjørelse.

Møtet ble hevet kl. 17:55

Stjørdal, 28. april 2014



Trond Michael Andersen



Alf Daniel Moen

Rapport fra forprosjekt:

"Organisatorisk integrering av Ambulanse Midt-Norge HF"

Forprosjektets varighet: 04.02.14 – 01.04.14



Anne Grete Valbekmo, 1.april 2014
prosjektleder

Innhold:

1. Innledning	3
1.1. Kort om ambulansetjenesten i Midt-Norge	3
1.2. Bakgrunn for forprosjektet	6
1.3. Mål for forprosjektet	6
1.4. Arbeidsform i prosjektet	7
1.5. Informasjonsarbeidet	7
2. Virksomhetsgjennomgang	8
2.1. Innledning	8
2.2. Målsetting og målgrupper for virksomhetsgjennomgangen	8
2.3. Forslag til punkter i virksomhetsgjennomgangen	8
3. Formelle prosesser	10
3.1. Formelle prosesser	10
3.2. Fordeling av funksjoner og verdier	11
3.3. Arkiv og arkivlov	12
3.4. Ansatte	12
3.5. Avtaler	13
3.6. Prosjekter	14
4. Rammebetingelser og viktige forutsetninger	15
4.1. Funksjoner som må videreføres	15
4.1.1. Funksjoner som bør ivaretas av Helse Midt-Norge RHF	15
4.1.2. Funksjoner som bør ivaretas i fellesskap mellom HF'ene	16
4.1.3. Funksjoner som bør ivaretas av fagledernetverk	17
4.2. Kompetanseutvikling	18
4.3. Mandat og organisering av overføringsprosjektet	19
4.4. Organisering i mottakende helseforetak	20
4.5. IKT-systemer	20
5. Oppsummering/avslutning	21
5.1. Formelle forhold	21
5.2. Rammebetingelser	22
5.3. Kommunikasjon i overføringsprosjektet	23
5.4. Utvikling av prehospitale tjenester i regionen	23

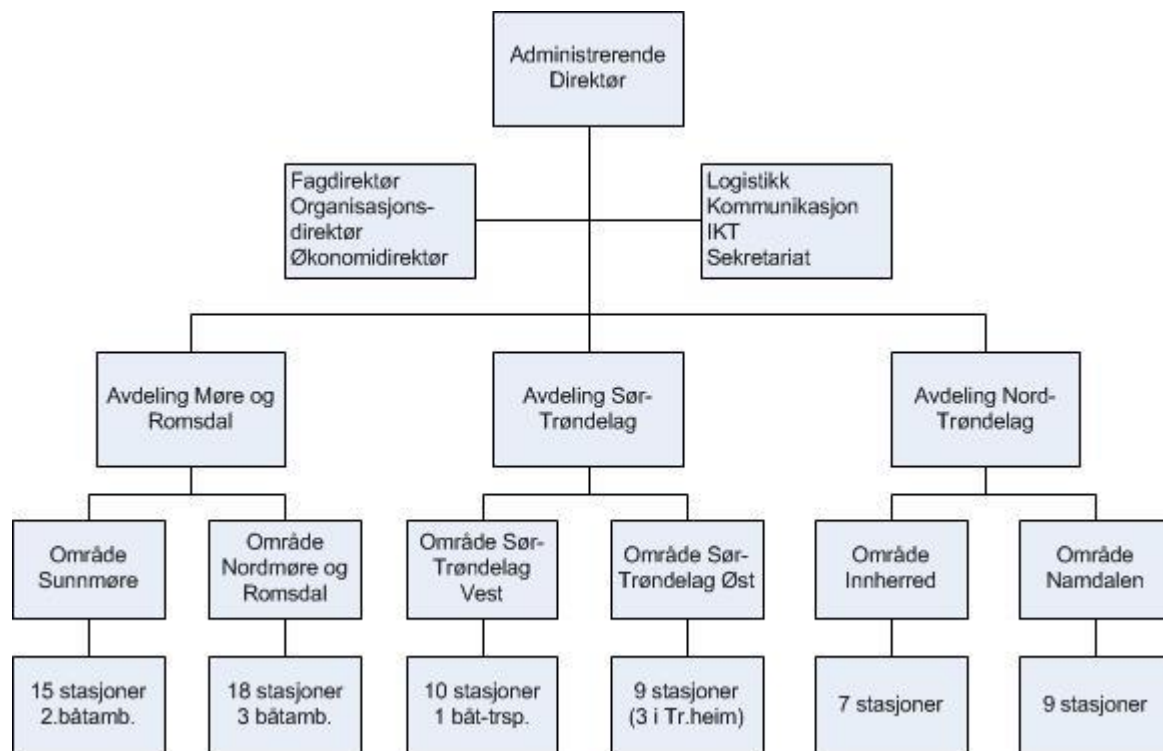
1. Innledning

Forprosjektet skal levere en rapport med avklaringer på hvilke formelle prosesser som må gjennomføres og hvilke øvrige rammebetingelser som må være på plass for å få til en vellykket overføring til sykehusforetakene. Rapporten skal også bidra med en del anbefalinger på relevante områder som vil være en beslutningsstøtte til det regionale helseforetaket og de mottakende helseforetakene i overføringsprosessen.

1.1. Kort om ambulansetjenesten i Midt-Norge

Ambulanse Midt-Norge HF ble stiftet 1. desember 2011 etter vedtak i Helse Midt-Norge RHF om å insource ambulansetjenesten fra private drivere til offentlig drift, med mål om bedre harmonisering av tjenesten og tettere integrering i spesialisthelsetjenesten. Ambulanse Midt-Norge HF har fra 1.1.2013 ansvar for drift av den del av de prehospitale tjenestene som omfatter ambulanserbiler og båter.

Dagens organisasjonsstruktur i AMN:



I foretaksledelse og stab ved Stjørdal i Ambulanse Midt-Norge HF er det til sammen 12 ansatte, av disse er 8 ledere og 4 rådgivere. Administrasjonen av foretaket er lokalisert med hovedkontor på Stjørdal og avdelingskontorer i Ålesund, Molde, Trondheim og Steinkjer.

Omfang av virksomheten:

Det er 68 (inkl. Haramsøy) ambulansestasjoner hvorav 16 i Nord-Trøndelag, 19 i Sør-Trøndelag og 33 i (inkl. Haramsøy) Møre & Romsdal. Det er 963 ansatte hvorav 77 læringer. 42 % er kvinner. Til sammen utgjør dette 839,5 brutto årsverk.

Fordeling av ansatte:

- Avd. MR: 368 ansatte hvorav 32 læringer, 365,5 brutto årsverk.
- Avd. NT: 237 ansatte hvorav 22 læringer, 204,8 brutto årsverk.
- Avd. ST: 272 ansatte hvorav 23 læringer, 250,8 brutto årsverk.

AMN har 100 ambulansebiler i drift, samt 20 reservebiler. Det er 5 båtambulanser og 1 helsetransportbåt. I 2011 hadde AMN 76.000 oppdrag, og oppdragsmengden er økende. I 2011 ble det kjørt 4.500.000 km, dvs 112 ganger rundt ekvator. I 2013 hadde AMN 84.609 oppdrag. I 2013 ble det kjørt 4.724.186km, dvs 125 ganger rundt ekvator.

Økonomi

Basisramme for 2013 var 597mill.

Se tabell for noen av de viktigste regnskapstallene for 2013:

	REGNSKAP
	2013
Inntekter	616 857
Varekostnad	5 400
Kjøp av helsetjenester	45 464
Lønn/Personal	520 006
Avskrivninger	24 690
Andre kostnader	105 426
Sum kostnader	700 986
Finansposter	2 351
RESULTAT	-81 779

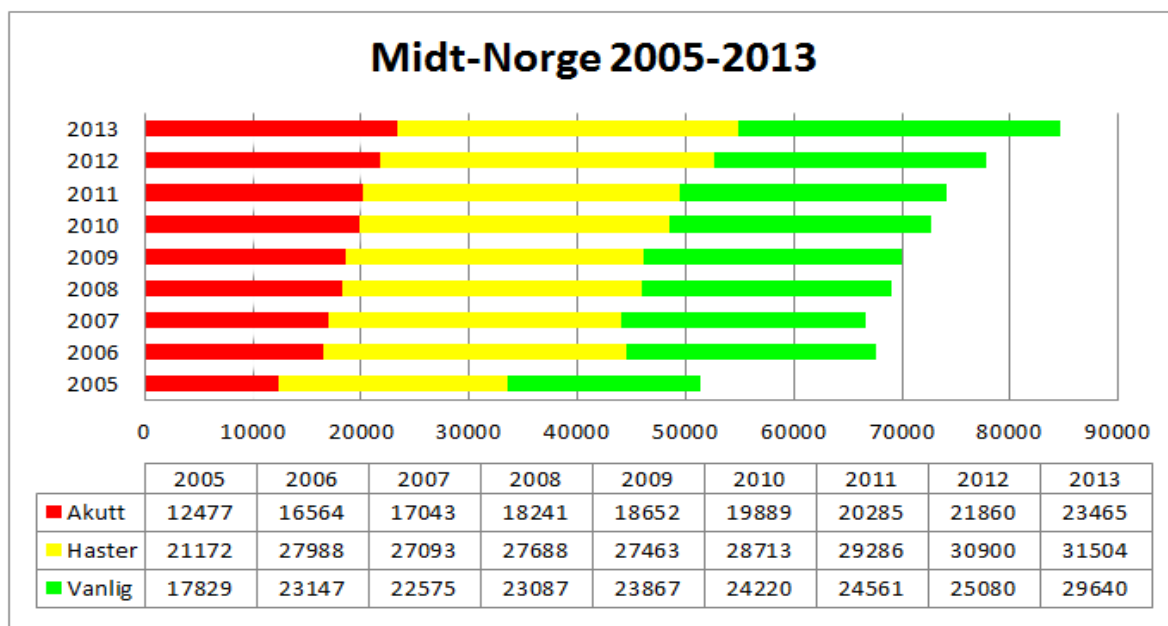
Regnskap for 2013 viser et underskudd på 81,7 mill. Av underskuddet utgjør 13 mill oppstartskostnader. Total ramme til ambulansforetaket i 2013 er økt med 85 mill i forhold til rammen sykehusforetakene mottok til ambulanssevirkomhet. For 2014 er tildelt ramme økt med ytterligere 60 mill. Styret for Ambulanse Midt-Norge HF har lagt til grunn at den økonomiske «inngangsfarten» til 2015 og dermed sykehusforetakenes evne til å ha en balansert drift i 2015 skal være styrende for ambulansforetakets disposisjoner i 2014. For mer omfattende beskrivelse av ambulansforetakets økonomi henvises til virksomhetsgjennomgangen som kommer 31. mai.

Pasientrettede aktiviteter i 2013

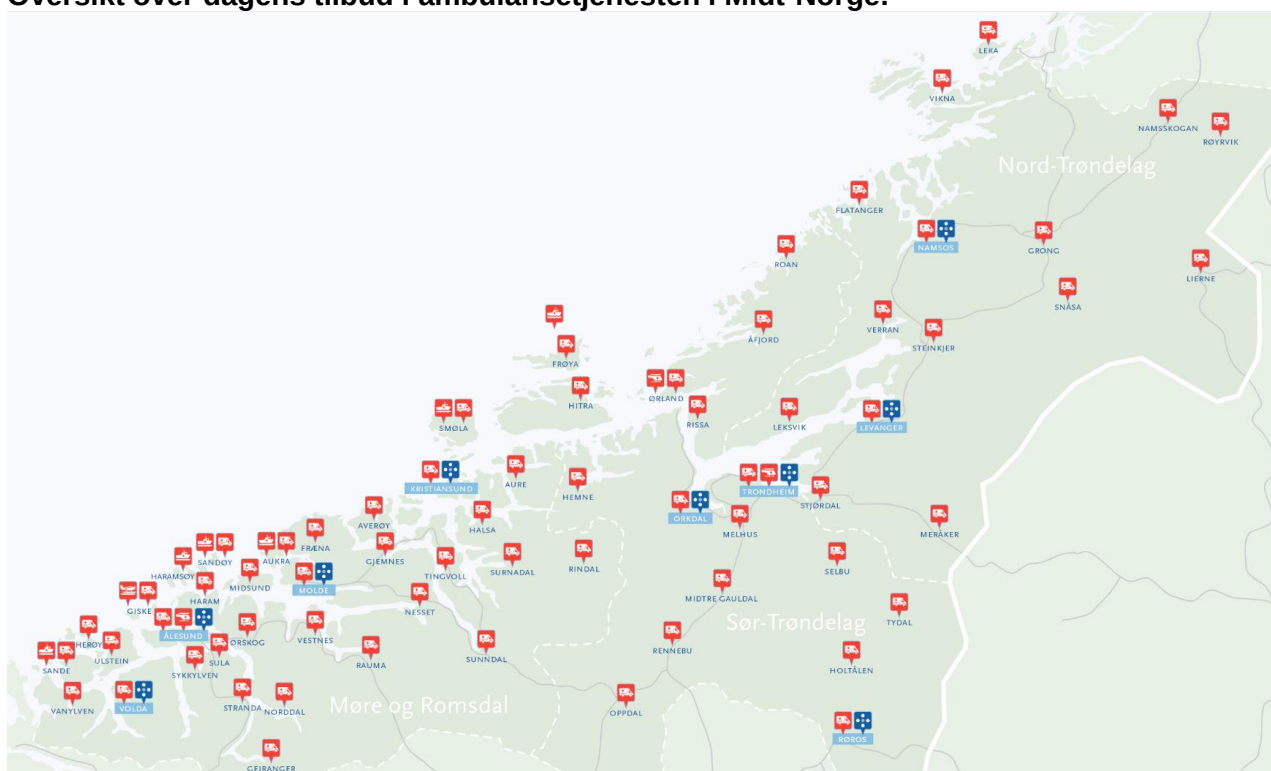
Tabellen under viser antall oppdrag for 2013 fordelt på hastegradene akutt, haster og vanlig. Totalt for Ambulanse Midt-Norge HF (AMN) har antall oppdrag økt med 9,2 % i forhold til fjorårets ambulansetjeneste.

2 013	Møre og Romsdal	Nord-Trøndelag	Sør-Trøndelag	Midt-Norge
Akutt	9 236	4 454	9 775	23 465
Haster	12 862	6 508	12 134	31 504
Vanlig	12 691	6 570	10 379	29 640
Totalt	34 789	17 532	32 288	84 609

Utvikling i antall oppdrag i ambulansetjenesten i Midt-Norge i perioden 2005 til 2013:



Oversikt over dagens tilbud i ambulansetjenesten i Midt-Norge:



Dette er ambulansetjenesten i Midt-Norge: 68 stasjoner (inkl. Haramsøy) fordelt på tre fylker – en struktur og en tilgjengelighet som vi har opprettholdt ved overtakelsen pr 1. januar 2013 i tråd med styrevedtak i Helse Midt-Norge RHF.

For mer utfyllende informasjon om ambulansetjenesten, anbefales det å lese virksomhetsgjennomgangen som vil være ferdig 31.mai-14.

1.2. Bakgrunn for forprosjektet

I styresak 50/11 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF at de prehospitalene tjenestene i Midt-Norge skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Det ble vist til at høy kvalitet og god tilgjengelighet i disse tjenestene er nødvendig for å kunne møte de utfordringer som er beskrevet i Strategi 2020.

Beslutningen fra styresak 50/11 ble fulgt opp i styresak 93/11. Dette var en sak om en midlertidig organisering av ambulansetjenesten i perioden 2012-2014. Det ble valgt å organisere ambulansetjenesten som et eget foretak på grunn av kompleksiteten og den særdeles stramme tidslinjen som en hadde i dette prosjektet. Det ble gjort en vurdering av hvilken organisering som i en overgangsfase ville understøtte den overordnede målsetting om en vellykket insourcing av ambulansetjenesten både for ansatte, for avgivende og mottakende ledelse og for brukerne samtidig som man skulle makte å holde fokus på kvaliteten i daglig drift. Overgangsfasen ble regnet som tre år fra 01.01.2012, dvs til 31.12.2014.



I 2013 vedtok styret for Helse Midt-Norge RHF integrering av ambulansetjenesten i sykehusforetakene (sak 99/13). Styret viste blant annet til at det i det videre integreringsarbeidet er vesentlig med et tett samarbeid mellom Ambulanse Midt-Norge HF og de mottakende sykehusforetakene.

Styret ba om at det ble igangsatt et forprosjekt med et mål om å avklare hvilke formelle prosesser som må gjennomføres og hvilke øvrige rammebetingelser som må være på plass for å få til en vellykket overføring til sykehusforetakene

1.3. Mål for forprosjektet

Forprosjektet skal avklare hvilke formelle prosesser som må gjennomføres og hvilke øvrige rammebetingelser som må være på plass for å få til en vellykket overføring til sykehusforetakene. Det presiseres at forprosjektet skal gi anbefalinger som skal være beslutningsstøtte for overføringsprosjektet og de videre prosessene.

1.4. Arbeidsform i prosjektet

Prosjektgruppen har vært bredt sammensatt. Deltagerne har vært:

Anne Grete Valbekmo, prosjektleder

Håkon Gammelsæter, administrerende direktør, AMN

Marthe Lyng, organisasjonsdirektør, AMN

Helge Ristesund, viseadministrerende direktør, HMR HF

Sigurd Torvik Heian, overlege anestesi, HMR HF

Rune Modell, klinikkleder, HNT HF

John Ivar Toft, klinikkleder, HNT HF

Tor Åm, samhandlingsdirektør, St.Olav

Sindre Mellesmo, klinikkchef, St.Olav

Steinar Bjørås, Fagavdelingen RHF

Trond Håvard Eidet, RHF (Representerer HR-kompetanse)

Øyvind Hauge, HEMIT (For å ivareta problemstillinger vedr. IKT)

Mats Troøyen, RHF (Representerer økonomi-kompetanse)

Vidar Furunes, Hovedverneombud, AMN

Frank Grydeland, tillitsvalgt, AMN

I tillegg har Gunn Ekeberg og Paul Georg Skogen møtt som vara for henholdsvis Tor Åm og Rune Modell i enkelte møter.

Prosjektgruppen har hatt fysiske møter og lync-møter. Utover dette har prosjektgruppen hatt dialog via mail og telefon.

1.5. Informasjonsarbeidet

God og løpende kommunikasjon fra forprosjektet har vært viktig for å sikre informasjon om utvikling av forprosjektet.

For å sikre åpenhet og lik informasjon, har forprosjektet valgt å gå ut med et informasjonsbrev med hva som har vært tematisert og diskutert i møtene. Brevet har blitt sendt ut kort tid etter møteslutt til alle definerte målgrupper. I tillegg har det blitt opprettet område for integreringsprosessen på intranettet til ambulanseforetaket, hvor alle ansatte i Helse Midt-Norge kan gå inn. Her har all prosjektdokumentasjon ligget tilgjengelig for alle.

2. Virksomhetsgjennomgang

2.1. Innledning

Forprosjektgruppa har diskutert gjennomføringsmåte og hva innholdet i en virksomhetsgjennomgang bør være. Hensikten er å sikre at det blir foretatt virksomhetsgjennomgang på en hensiktsmessig måte i overføringsprosjektet.



Forprosjektgruppa mener det vil være behov for kunnskapsoppsummering i en tidlig fase, og flere avklaringer underveis i overføringsprosjektet. Virksomhetsgjennomgangen vil leveres før sommeren, og danne grunnlag for fisjonsplanene som skal lages til høsten.

Virksomhetsgjennomgangen skal være faktaorientert, og en kunnskapsoverføring. Den skal være en objektiv beskrivelse av status, og det er viktig å få frem virksomhetens særegenheter. I tillegg til å belyse det som er felles og overordnet, må oversikter og tallgrunnlag deles opp på hvert mottagende sykehusforetak i den grad det er mulig og hensiktsmessig.

2.2. Målsetting og målgrupper for virksomhetsgjennomgangen

Målet med virksomhetsgjennomgangen:

Sørge for at sykehusforetakene har kunnskap om ambulansetjenesten slik at drift og forpliktelser videreføres på en god måte etter overtakelsen 1.jan 2015. Av hensyn til tjenestens kontinuitet og videre utvikling, er det svært viktig at sykehusforetakene får inngående kjennskap til hva de skal overta og videreføre. Dette vil si at man må ha en beskrivelse av virksomheten, inkl. planer for videreutvikling, samt en oversikt over forpliktelser (arbeidsavtaler, forpliktelser knyttet til sykefravær og pensjon, formue og gjeld, avtaler med leverandører med mer).

Primær målgruppe for en slik virksomhetsgjennomgang:

- Ledelsen og styrene i de respektive foretak, samt Helse Midt-Norge
- Mottaksprosjektene
- Framtidig ledelse som får ambulansetjenesten inn i/inn som en del av sin virksomhet,

Sekundær målgruppe for en slik virksomhetsgjennomgang:

- Omkringliggende interessenter (kommuner, brukerorganisasjoner med mer)
- Allmuen, media

2.3. Forslag til punkter i virksomhetsgjennomgangen

Forslag til punkter er veiledende, og overskriftene kan også justeres om dette anses som hensiktsmessig. Det forutsettes at det skrives kort og konsist på hvert punkt, og ikke for detaljert.

Forprosjektet har utarbeidet en liste med forslag til punkter, se vedlegg 1. Det er punkter lagt inn under følgende overskrifter: Helsefaglig/drift, HR/organisasjon, kompetanse, avtaler/biler/bygninger, økonomi, IKT og kommunikasjon/informasjon.

Det bør være en innledning i dokumentet, som beskriver faget, fagets karakter, fag/kvalitet/pasientsikkerhet. Det kan gjerne i innledningen være med en beskrivelse av et nøkternt fremtidsbilde for faget (5-10 år), og si noe om klare utviklingstrekk ved tjenesten.

Det bør være en oppsummering til slutt i virksomhetsgjennomgangen, gjerne i forhold til hvert fylke. Virksomhetsdata og HR-data kan følge med som vedlegg.

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at virksomhetsgjennomgangen utarbeides av AMN ut fra de punkter og innspill nevnt ovenfor. Forslag til punkter er veiledende. Dokumentet leveres innen 31.mai 2014.
- Forprosjektet anbefaler at virksomhetsgjennomgangen vil danne grunnlag for fisjonsplan som skal lages til høsten.
- Forprosjektet anbefaler at det gjennomføres et møte like etter sommerferien for en muntlig virksomhetsgjennomgang. Målgruppen er ledelsen ved sykehusforetakene, og da spesielt fremtidig ledelse for den klinikk/avdeling som får ambulansetjenesten inn som en del av sin virksomhet. Tillitsvalgte fra mottakende HF og AMN er også målgruppe. Møtet kjøres i Stjørdal, og bør være felles for alle sykehusforetakene.

3. Formelle prosesser



Forprosjektgruppas mandat har blant annet vært å sørge for at alle formelle prosesser som må ivaretas er beskrevet. Gruppen har kartlagt de aktuelle formelle prosessene, og disse er beskrevet i kapittel 3.

3.1. Formelle prosesser

Helseforetaksloven (hfl) § 50

Helseforetaksloven (hfl) § 50 utgjør kjernen i det rettslige grunnlag for omdanning av helseforetak.

En omdanning av Ambulanse Midt-Norge bør ut fra dette skje ved at det må avtales hvilke deler av virksomheten i Ambulanse Midt-Norge som skal overføres til hvilket foretak. Deretter kan virksomheten/enhetene i sin helhet overføres etter hfl § 50 i kombinasjon med avvikling av det overdragende foretaket etter reglene i hfl kapittel 12.

Overdragelsen bygger på et kontinuitetsprinsipp. Overføring av forpliktelser har frigjørende virkning for det overdragende helseforetak. Fordringshavere og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at overføringen utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet Hfl § 50 fritar også fra plikten til å betale dokumentavgift, omregistreringsavgift og rettsgebyr.

Helseforetaksloven § 30

En endring i helseforetaksloven § 30 som trådte i kraft 01.01.2013 innebærer at endringer i antall helseforetak i regionen skal forelegges foretaksmøtet (Statsråden). Dette innebærer at beslutningen om oppløsning av Ambulanse Midt-Norge bør forelegges statsråden på et foretaksmøte i god tid før avviklingen.

Helseforetaksloven §§ 46-48

Reglene om avvikling av helseforetak i kap 12 (§§ 46-48) innebærer at foretaksmøtet fatter vedtak om oppløsning av foretaket og velger avviklingsstyre (dette KAN være de samme personene som i det tidligere styret). Beslutningen om oppløsning meldes Foretaksregisteret, og kreditorvarsel sendes. Etter varslingsfristens utløp kan avviklingsregnskap utarbeides og eiendeler overføres før det avslutningsvis sendes melding til foretaksregisteret om at avviklingen er gjennomført og at foretaket kan slettes.

Orientering til kreditorer og avtaleparter

Det må utarbeides en orientering om omdanningen og ny foretaksstruktur som i første rekke er myntet på foretakets kreditorer og avtaleparter. Dette er et visst omfang på arbeidet med denne utsendelsen, og behov for bistand fra regnskapsavdeling og innkjøpsavdeling.

Formelt varsel og andre meldinger

Formelt varsel om oppløsning skal også kunngjøres fra foretaksregisteret i en elektronisk publikasjon. Videre må de enheter i eksisterende foretak som forvalter/disponerer eiendeler som er registrert i løssørregister og grunnbok/eiendomsregistre bistå ved innsending av endringsmeldinger.

Ambulanse Midt-Norge har i liten grad egne avtaler med leverandører eller egne avtaler knyttet til tjenestekjøp – men benytter regionale og nasjonale innkjøpsavtaler (fra HMN/HINAS). Dette gjør at det ikke er behov for å gå i forhandlinger om hvilket avtaleverk som skal gjelde når virksomheten fordeles på Helse Møre og Romsdal, St.Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag.

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at ivaretagelse av de formelle forhold sikres gjennom at person(er) med relevant kompetanse bidrar inn i arbeidet med fusjon.

3.2. Fordeling av funksjoner og verdier



Når aktiviteten og verdiene i Ambulanse Midt-Norge skal fordeles på tre foretak må det avklares hvilke verdier og funksjoner som skal fordeles og hvordan disse skal fordeles. Det er nærliggende å foreslå at alle helseforetak overtar driftsansvar og eierskap til de funksjoner som er lokalisert i deres opptaksområde, og at disse overtar eierskap til eiendommer, anleggsmidler og finansielle verdier/forpliktelser knyttet til disse enhetene. Eiendeler og forpliktelser knyttet til hovedkontoret kan overføres Helse Midt-Norge.

Finansielle anleggsmidler – i hovedsak egenkapitalinnskudd i KLP - må fordeles, og ansvar for oppfølging av oppsatte medlemmer av pensjonsordningen avklares. Arbeidet med fordeling av Ambulanse Midt-Norges plikter (og rettigheter) knyttet til pensjon videreføres av Helse Midt-Norge RHF med bistand fra KLP og Ambulanse Midt-Norge HF. Øvrige kortsiktige fordringer så som feriepenger, uavklarte fordringer mv må avklares i avviklingsperioden før Helse Midt-Norge RHF fordeler verdiene mellom mottakende HF.

Ambulanse Midt-Norge HF eier ingen bygg. Ambulanseprosjektgruppen i regi av Helse Midt-Norge inngikk leieavtaler på stasjonsbygg. Det ble tatt utgangspunkt i prehospital plan for Helse Midt-Norge og vedtak om at antall stasjoner og struktur skulle videreføres. Det er derfor inngått leieavtaler på stasjonsbygg lokalisert på omtrent samme sted som tidligere og i mange tilfeller i samme bygg. Ambulanse Midt-Norge HF fikk i oppdrag å følge opp inngåtte avtaler og byggeprosjekter.

Det er en større grad av standardisering på fasiliteter og bygg enn tidligere, bygd på kravspesifikasjon utarbeidet av Helse Midt-Norge RHF i 2011. Flere nybygg er samlokalisert med brann eller helse med sambruk av funksjoner som vaskehall, treningsrom og undervisningsrom/møterom. Det gjenstår fortsatt oppgradering av de 4 sykehusbaserte stasjonene i Møre og Romsdal, samt Orkdal i Sør-Trøndelag. I tillegg er Verran ambulansestasjon under oppgradering, og skisseprosjekt ny ambulansestasjon i Rissa, på Levanger og Røros startet. Planlagt ferdigstillelse 2015/2016. Ny ambulansestasjon på Oppdal har byggestart vår 2014, planlagt ferdigstillelse desember 2014.

Ambulanse Midt-Norge HF har en bilpark bestående av 144 kjøretøy pr 31.12.2013. Det er tatt i bruk logistikk-/støttesystem for drift og vedlikehold av bilparken samt økonomisk oppfølging. Forvaltning av en stor og kostbar bilpark krever god oversikt og en systematisk kontroll for å ivareta at bilene er trafikksikre, har minimalt med ikke planlagt driftsavbrudd og har gjennomgått nødvendige EU-kontroller og servicer. Systematiske feil på enkelte bilmodeller blir mer synlig og sikrer god dokumentasjon. Innført elektroniske sjekklistene for å sikre daglige kontrollrutiner er under innføring.

Det er opprettet fire lager i Midt-Norge med sentralisert innkjøp av bekledning, forbruksutstyr, reservedeler, o.l. Hensikten er å optimalisere lagerholdet for de varene som står for den største kapitalbindingen, redusere unødig fraktkostnad (mange forsendelser) og bedre leveringssikkerheten.

Når det gjelder medisinsk teknisk utstyr så vil dagens multifunksjonsmonitor i ambulansene bli erstattet med nytt utstyr i 2014.

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at ivaretagelse av leieforhold og eiendommer legges til delprosjekt eiendom og delprosjekt økonomi.

3.3. Arkiv og arkivlov

I henhold til arkivloven skal arkivet til foretaket (postarkiv) avsluttes når virksomheten overføres, og innholdet overføres riksarkivet. Dette innebærer at alle åpne saker må kompletteres og avsluttes.

En del praktiske rutiner må etableres knyttet til at forespørsler ikke skal gå tapt i forbindelse med integreringen. Nye dokumentmaler, svarrutiner etc må etableres, hvis man ikke uten videre kan benytte maler i mottakende organisasjoner.

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at ivaretagelse av arkiv legges til delprosjekt arkiv. Lokale papirarkiv må også håndteres av delprosjektet.

3.4. Ansatte



Styret for Helse Midt-Norge vedtok i styresak 99/13 at prinsipper om virksomhetsoverdragelse skal legges til grunn for prosessen. Det innebærer at Arbeidsmiljøloven kapittel 16: "Arbeidstakernes rettigheter ved virksomhetsoverdragelse" gjelder.

Dette gir alle ansatte rett til å videreføre sitt arbeidsforhold med samme personlige betingelser – og som hovedregel med samme stillingsinnhold.

Retten til å videreføre arbeidsforholdet gjelder også de som p.t. er i permisjon, er sykemeldte, er suspendert, er permittert, i streik, er midlertidig omplassert, etc. Videre stiller Arbeidsmiljøloven krav til informasjon og medvirkning fra ansatte, både hos avgivende og mottakende organisasjon.

Kravene til prosess og innhold er ytterligere presisert i Helse Midt-Norge sine interne retningslinjer (se felles Personalweb - omstilling).

Prinsippet som legges til grunn er at enhetene overføres slik de er ved overføringstidspunkt. For ansatte i ledende stillinger i sentraladministrasjonen må det finnes annen relevant stilling ettersom stillingsinnhold og ansvarsområder endres som en nødvendig konsekvens av omdanningen.

Ansattes rettigheter i forbindelse med Arbeidsmiljøloven kapittel 16: "Arbeidstakernes rettigheter ved virksomhetsoverdragelse" innebærer formelt sett at:

- Drøftinger må gjennomføres med ansattes organisasjoner før beslutning om oppløsning/omdanning fattes. Videre skal ansattes organisasjoner holdes orientert om arbeidet med omdanningen i etterkant av beslutningen. Erfaring viser at jevnlig gjennomgang med ansattes organisasjoner med hensyn til informasjon til ansatte, fremdrift i prosessen etc er nyttig.
- Det sendes varsel til ansatte om omdanningen senest to uker før omdanningen hvor ansatte gis rett til å reservere seg mot overføringen. En reservasjon innebærer i dette tilfellet i realiteten at man sier opp sin stilling siden avgivende helseforetak avvikler virksomheten og har rett til å avslutte arbeidsforholdet.
- Tariffavtaler videreføres.
- Ansatte har krav på å få videreført sin stilling og arbeidsforhold. Dette innebærer at de rettigheter og plikter som følger av den ansettelsesavtale de ansatte har ved tidspunktet for virksomhetsoverdragelsen, vil gjelde uavkortet i nytt ansettelsesforhold. Grensene for helseforetak mht justering av momenter i ansettelsesforholdet blir styringsretten. For ansatte ute i enhetene/avdelingene er det ikke grunn til å gjøre endringer, men ledere i enhetene/avdelingene kan få noe endrede fullmakter og krav til rapportering når man eventuelt innplasseres i ny lederstruktur.
- For ansatte hvor arbeidsinnholdet ikke kan videreføres i ny struktur – hovedadministrasjonen – skal det legges vekt på å finne en annen relevant stilling. Praksis innebærer at disse personene også i hovedsak beholder personlige betingelser.

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at delprosjekt HR ivaretar prosesser omkring overføring av ansatte. Gruppa skal bidra med støtte og koordinering av prosessene både i avgivende og mottagende organisasjoner. Gruppen skal også bidra til at involvering/medvirkning ivaretas på riktig måte.
- Forprosjektet anbefaler at RHF'et må, i dialog med direktørene, sørge for at det legges prinsipper i forhold til hvordan ressursene i hovedledelsen skal fordeles og videreføres. Dette må gjøres raskt. Styringsgruppen får ansvar for å følge opp etter at prinsippene er lagt.

3.5. Avtaler

Inngåtte avtaler på stasjons og avdelingsnivå bør som hovedprinsipp overføres til mottakende helseforetak. Oversikt over gjeldende avtaler, inkl. beskrivelse av hvordan og når de bør overføres til HF'ene må utarbeides for å sikre god ivaretagelse av gjeldende avtaler. Dette gjelder avtaler knyttet til leie lokaler, leasing biler, leieavtaler kopimaskiner, renhold osv. Det er i tillegg inngått avtale med sykehusapotek.

Avtaler i forbindelse med samhandlingsreformen



I forbindelse med samhandlingsreformen eksisterer det etablerte samarbeidsarenaer med kommunene. Dette kan være for eksempel faglige samarbeidsutvalg for beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede. Samarbeid på dette fagområdet er spesifisert i tjenesteavtale 11 som helseforetakene har med kommunene: «Samarbeid om omforente beredskapsplaner og om planer for den akuttmedisinske kjede».

Kommunene har en overordnet samarbeidsavtale med det helseforetak de «tilhører». Det bemerkes at pkt 7 i denne avtalen omhandler plikten til å orientere hverandre ved endringer i blant annet organisering, og at dette er noe som må ivaretas av helseforetakene ved fusjon.

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at avtaler som hovedprinsipp bør overføres til mottakende helseforetak.
- Forprosjektet anbefaler at avtaler vil bli en naturlig del av virksomhetsgjennomgangen, jfr. kap. 2.
- Forprosjektet anbefaler at hvert delprosjekt må ha fokus på aktuelle avtaler for deres delprosjekt.
- Forprosjektet anbefaler at HF'ene informerer om fusjonen og forprosjektrapporten i sine samarbeidsutvalg med kommunene.

3.6. Prosjekter

Det er viktig å få frem en oversikt over strategiske utviklingsløp og prosjekter i overføringsprosjektet. Dette for å sikre god og riktig videreføring av arbeidet som er i gang etter integreringen.

Utarbeidelse av en slik oversikt vil ivaretas av overføringsprosjektet, og vil også bli en naturlig del av virksomhetsgjennomgangen.



Tegning: Asbjørn Pettersen

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at prosjekter og utviklingsløp vil bli en naturlig del av virksomhetsgjennomgangen, jfr. kap. 2.
- Forprosjektet anbefaler at hvert delprosjekt må ha fokus på aktuelle prosjekter og utviklingsløp for deres delprosjekt.

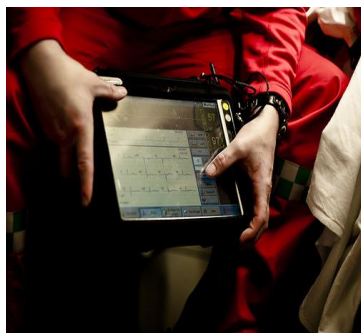
4. Rammebetingelser og viktige forutsetninger

En av forprosjektgruppens oppgaver har vært å kartlegge hvilke rammebetingelser som må være på plass for å få en vellykket overgang til en ny organisasjonsform. De aktuelle rammebetingelsene som prosjektgruppa har diskutert er beskrevet i kapittel 4.

4.1. Funksjoner som må videreføres

Da Styret i HMN RHF vedtok å opprette et eget ambulansforetak, ble det lagt til grunn at ambulansetjenestene er en sentral del av prehospitale tjenester som på sikt må integreres i sykehusforetakenes øvrige virksomhet. Før integrasjon i de øvrige helseforetakene ville styret imidlertid sikre en enhetlig tjeneste i regionen gjennom standardisering av stasjoner, biler/utstyr, avviksforståelse og avvikshåndtering samt felles faglige krav. I tillegg kommer behovet for å bygge opp kompetanse på ambulanselogistikk, særskilt turnus/avtaleverk og kvalitetskrav. Alt dette krevde en sterk regional styring i en periode.

Noen av områdene for standardisering og harmonisering bør videre fremover ivaretas av enten en regional overbygning eller andre former for fellesskapsløsninger mellom HF'ene for å sikre en enhetlig utvikling. Det må være et mål å sikre god utnytting av sykehusforetaksovergripende systemer som er igangsatt med AMN, legge til rette for god og samordnet utvikling av akuttmedisinske tjenester i helseregionen og fortsatt være en tydelig og samordnet enhet i forhold til nasjonal utvikling. Forprosjektet vil imidlertid presisere at HF'ene får totalansvar for ambulansetjenesten fra 01.01.2015, og dette må det tas hensyn til i valg av fellesskapsløsning.



Forprosjektet har diskutert omkring ulike funksjoner for å avklare om det er enkelte funksjoner som med fordel bør ivaretas av HF'ene i fellesskap. Grunnlaget for diskusjon har vært et fylldig og godt notat fra fagsjefen i AMN. Det kan være det finnes funksjoner som det skulle vært tatt stilling til, men som forprosjektet ikke har vært innom. Imidlertid mener forprosjektet at listen er som er gjennomgått har vært rimelig uttømmende.

Det å lage fellesskapsløsninger kan føre til **eierskapsproblematikk**, og det må diskuteres hvordan dette skal håndteres.

Ved valg av løsninger må man ha med seg at egne særordninger kan skape reaksjoner. De ordinære regionale strukturene bør brukes, og man bør ikke ha løsninger som innebærer uklart linjeansvar.

Forprosjektet har kommet frem til at noe faller naturlig inn under Helse Midt-Norge RHF sitt arbeidsområde. Disse står beskrevet i **kap. 4.1.1**. I **kap. 4.1.2** står de funksjoner som forprosjektet mener bør løses i fellesskap på en eller annen måte. **Kap. 4.1.3** peker på funksjoner som forprosjektet mener bør ivaretas av fagledernet.

4.1.1. Funksjoner som bør ivaretas av Helse Midt-Norge RHF

Det er i dag et nasjonalt arbeid i forhold til utarbeidelse av nasjonale indikatorer. Som forprosjektet ser det så er det naturlig at Helse Midt-Norge RHF tar ansvar for å sørge for at dette arbeidet blir ivaretatt videre. Forprosjektet anbefaler at de personene som er med pr i dag, fortsetter inn i det nasjonale arbeidet.

Det er også en del nasjonale og regionale IKT-prosjekter der AMN deltar. Dette er blant annet arbeid med IKT-akuttmedisin/nasjonal elektronisk ambulansejournal. Dette mener forprosjektet er Helse Midt-Norge RHF sitt ansvar, og bør videre fremover ivaretas av dem.

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at deltakelse i arbeidet med nasjonale indikatorer og nasjonale/regionale IKT-prosjekter følges opp av Helse Midt-Norge RHF.

4.1.2. Funksjoner som bør ivaretas i fellesskap mellom HF'ene

Det er en del av funksjonene som forprosjektet mener bør ivaretas i en eller annen form for fellesskapsløsning. Enkelte av disse fellesskapsfunksjonene kan for eksempel håndteres ved at det opprettes en regionalt kompetansesenter for prehospitale tjenester, et av HF'ene kan utføre oppgaven på vegne av alle HF'ene eller man kan ha en annen hensiktsmessig organisering.

Følgende funksjoner mener forprosjektet bør ivaretas i fellesskap:

1. Eierskap av bilpark og **drift og investering** i prehospitale kjøretøy og tilhørende utstyr (pakningsvedlegg, MTU og annet utstyr). Dette er under utvikling, og ikke et ferdig produkt. Det kan således være vanskelig å splitte opp og legge ut til tre HF. Forprosjektet er enig om at det bør gjøres koordinert innkjøp. Det må gjøres en vurdering av hvor grensen skal gå i forhold til flåtestyring.

Videre arbeid/beslutning: RHF'et bør, i samråd med direktørene, sørge for opprettelse av en hensiktsmessig organisering for ivaretagelse av dette punktet..

- **Analysearbeid**

AMN har opparbeidet seg en unik kompetanse når det gjelder analysearbeid, og de har et godt faglig miljø som det er hensiktsmessig å beholde. Forprosjektet ser at på dette fagområdet så kan det være smart med samarbeid, og å dele kunnskap. Et viktig prinsipp er at HF'ene må treffe beslutningene, men det er viktig at det finnes god hjelp i forhold til analysearbeid. Følgende analysearbeid mener forprosjektet bør ivaretas i en fellesskapsløsning:

- Analysearbeid og rapportering i forhold til helhetlig virksomhetsdata. Dette skal i neste omgang danne grunnlaget for virksomhetsstyring lokalt.
- Analyse av pasientlogistikk, bistand til HF'ene når det gjelder konseptutvikling basert på analyser. Analysene vil kunne danne bakgrunn for HF'ene sine valg og konseptutvikling. AMN driver nå med modellutvikling, de benytter matematiske modeller og ser på nye moderne logistikkverktøy. AMN har også koblet seg opp mot logistikkfagmiljø i landet.

Videre arbeid/beslutning: RHF'et bør, i samråd med direktørene, sørge for opprettelsen av en hensiktsmessig organisering.

- **Kompetansenettverk utrykningskjøring.**

Det er enighet i forprosjektet at man bør ha en videreføring av dagens ordning som en fellesskapsløsning i en eller annen form.

Delprosjekt fag/HR: Ansvar for å finne en måte å håndtere dette på, på bakgrunn av et forslag fra AMN.

- **Videreutvikling av IKT-systemer** (Blant annet Bliksundweb (med underliggende produkter), Mamut og nettbrett).
Det er enighet i forprosjektet om at man må videreføre systemeierskapet på en koordinert måte for å sikre at systemutviklingen går i en felles retning i regionen. Dette bør ivaretas gjennom bruk og forsterkning av etablerte mekanismer med tjenesteansvar i Hemit og regionale systemeier- og brukerforum.
Delprosjekt IKT, i dialog med delprosjekt fag: Ansvar for å finne kriterier og modell for koordinering som sikrer dette.
- **Opplæringskontor for ambulansetjenesten.**
Det er enighet i forprosjektet at man bør ha en videreføring av dagens ordning som en fellesskapsløsning i en eller annen form.
Delprosjekt HR: Vurdere hvordan det skal håndteres.
- **Felles E-læringsportal ambulansetjenesten.**
Enighet i forprosjektet om at denne løftes inn i etablerte nettverk for e-læring. Det finnes en nasjonal portal for ambulansetjenesten (NAKOS). Man må få til en god løsning også i forhold til denne.
Delprosjekt HR, i dialog med delprosjekt fag: Ansvar for å sikre at dette skjer.

Anbefaling

- Forprosjektet anbefaler at RHF'et må, i dialog med direktørene, ta ansvar for å sikre at det blir gode **fellesskapsløsninger** for analysearbeid, samt eierskap av bilpark og drift og investering i prehospitale kjøretøy og tilhørende utstyr. Dette må avklares snarest, og senest før sommeren. Prosjekteier må, i dialog med AMN, forberede en sak for RHF'et.
- Forprosjektet anbefaler at delprosjekt IKT får ansvar for å sørge for hensiktsmessig ivaretagelse av **systemeierskapet** for relevante IKT-systemer.
- Forprosjektet anbefaler at delprosjekt fag/HR får ansvar for å sørge for ivaretagelse av **kompetansenettverk utrykningskjøretøy**.
- Forprosjektet anbefaler at delprosjekt HR får ansvar for å sørge for dagens ordning blir videreført når det gjelder **opplæringskontor** for ambulansetjenesten og felles **E-læringsportal** ambulansetjenesten.

4.1.3. Funksjoner som bør ivaretas av fagledernettsverk

Forprosjektet anser at det kan være hensiktsmessig at et regionalt fagledernettsverk ivaretar en del av funksjonene som krever koordinering og samarbeid i region.

Forprosjektet mener man bør ha en modell som er en sterk og trygg organisatorisk konstruksjon, en modell som sikrer en sterk oppfølging og nødvendig beslutningskompetanse og som har fullmakter som ligger på riktig nivå i forhold til totalansvaret som sykehusforetakene har for de prehospitale tjenester.

Fagledernettsverk bør etableres med en nærmere angitt oppgaveportefølje. Fagledernettsverket bør bestå av fagområdene ambulanse (bil/båt/luft) og AMK.

Følgende oppgaver anbefaler forprosjektet bør legges til fagledernetverket:

1. **Felles faglige retningslinjer** (i Bliksundweb). Det er viktig og fortsatt sikre harmonisering og standardisering i regionen. Må ha et regionalt samarbeid i forhold til revidering og vedlikehold av prosedyrer. Det må settes av tilstrekkelig med fagressurser til dette arbeidet. Det er mulig det kan være lurt å ha en redaksjon.
2. Utarbeidelse og oppfølging av «**egne**» **kvalitetsindikatorer** for ambulansetjenesten i Midt-Norge (i forhold til fag, kvalitet og pasientsikkerhet).
3. **Standardisering av pakningsplan og utstyr** i bilene. Det er viktig å videreføre standardisering som er påbegynt. Ved at bilene er utstyrt på samme vis, kan bilene lett flyttes mellom stasjonene og ansatte kan også arbeide ved ulike stasjoner uten samme behovet for opplæring.
4. **Kompetanse**. Fagledernetverket må sørge for felles minstekrav når det gjelder kompetanse for regionen. Dette arbeidet bør ta utgangspunkt i AMN sin kompetanseplan, og denne kan videreutvikles i fellesskap.

Anbefaling vedrørende fagledernetverk

- Forprosjektet anbefaler at fagdirektør Helse Midt-Norge RHF oppretter et regionalt fagledernetverk snarest, og før sommeren. Dette gjøres i tett dialog med direktørene. Fagledernetverket bør inkludere AMK og ambulanse (bil/båt/luft). På sikt bør også pasientreiser inn i dette fagledernetverket.
- Fagledernetverket må sikres tilstrekkelig administrativ støtte for å kunne ivareta tildelte oppgaver, jfr opprettelse av fellesskapsløsning vist til i kap.4.1.2.
- Forprosjektet anbefaler at følgende oppgaver legges til fagledernetverk:
 - Felles faglige retningslinjer
 - Felles regionale kvalitetsindikatorer
 - Standardisering av pakningsplan og utstyr i bilene
 - Felles minstekrav til kompetanse
- Forprosjektet anbefaler at eier bør stille krav til HF'ene om deltakelse og bidrag i fagledernetverket.
- Forprosjektet anbefaler at strategiske utvikling av ambulansetjenesten som bør videreføres i fellesskap håndteres av fagledernetverket, mens oppgaver knyttet til selve virksomhetsoverdragelsen legges til delprosjekt fag.

4.2. Kompetanseutvikling

Ambulanse Midt-Norge HF har utarbeidet en kompetanseplan på overordnet strategisk nivå. Denne er regulerende for foretakets arbeid med kompetanseutvikling. Kompetanseplanen er et dynamisk dokument som kan/skal rulleres etter behov for å ta høyde for den utvikling som skjer innenfor ambulansefaget. Det er naturlig at arbeidet med rulling/videreutvikling av dokumentet ivaretas innenfor rammene av det forsterkede fagledernetverket, jfr pkt 4.1.3.

Det pågår et nasjonalt utredningsarbeid i regi av Helsedirektoratet der framtidens kompetansebehov innen ambulansetjenesten vurderes. Både Helse Midt-Norge RHF og Ambulanse Midt-Norge HF deltar i dette arbeidet. Det er naturlig at konklusjoner/signaler fra dette nasjonale arbeidet tas inn i fagledernetverkets framtidige arbeid med revisjon av kompetanseplanen.

Detaljerte kompetanseplaner på lavere nivå ivaretas av det enkelte HF, men kan med fordel samarbeides om. En rekke aktiviteter i 2015 må planlegges i 2014 som en del av arbeidet i overføringsprosjekt/det enkelte mottaksprosjekt.

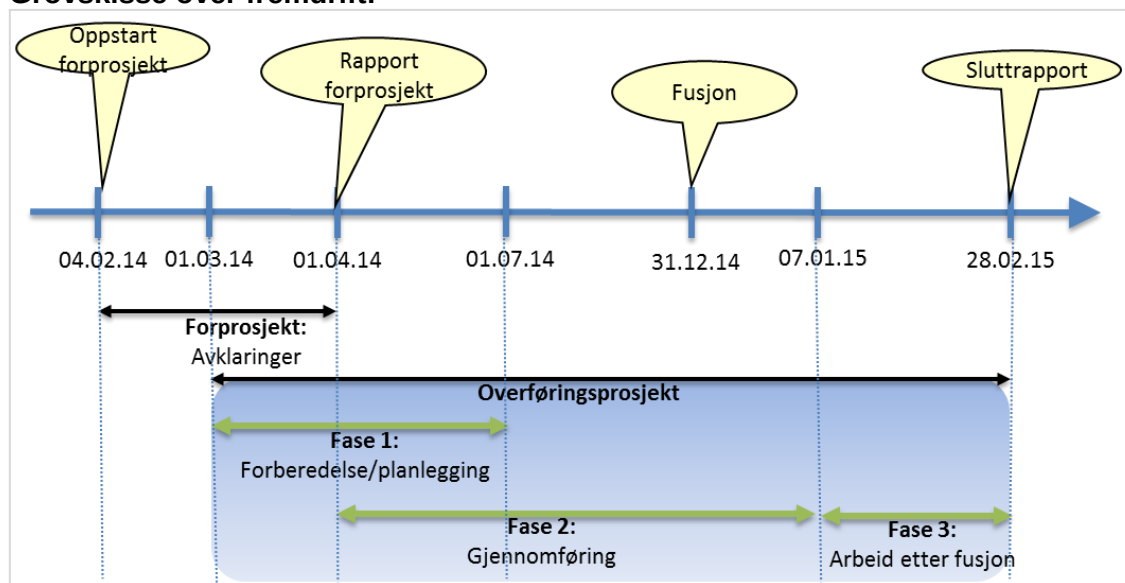
Anbefaling

- Forprosjektet gir honnør til AMN sin jobb med kompetanseplan, og anbefaler at denne bør være et grunnlag for det videre arbeidet etter integreringen.
- Forprosjektet anbefaler at det må være et særskilt fokus på kompetanseutvikling i overføringsprosjektet, for å sikre at dette ivaretas på en god måte og adresseres til riktig delprosjekt.
- Forprosjektet anbefaler at detaljer omkring kompetanseplan og kompetanseutvikling vil bli en naturlig del av virksomhetsgjennomgangen, jfr. Kap. 2.

4.3. Mandat og organisering av overføringsprosjektet

Forprosjektgruppa har utarbeidet forslag til prosjektoppdrag for overføringsprosjektet, se vedlegg 2. Det er også utarbeidet mandat for hvert delprosjekt, se vedlegg 3 – 8.

Grovskisse over fremdrift:



En mer detaljert milepælsplan for overføringsprosjektet følger som vedlegg nr. 9.

Anbefaling

- Forprosjektgruppen anbefaler at vedlagte prosjektoppdrag, mandat og milepælsplan vedtas av styringsgruppa for overføringsprosjektet.

4.4. Organisering i mottakende helseforetak

Forprosjektgruppen ser at det kan være flere alternative måter å løse intern organisering i mottakende helseforetak. Det vil være fordeler og ulemper med alle alternativer, og en modell passer kanskje ikke alle tre helseforetak. En sammenlignbar organisatorisk plassering i de tre foretakene vil nok lette det regionale samarbeidet.

Anbefaling

- Ved valg av organisering og mottakelse av ambulansetjenesten bør følgende moment være med i vurderingen til de mottakende helseforetak:
 - Finne en modell som understøtter ambulansetjenesten som eget fagfelt
 - Sørge for tilstrekkelig ledelsesmessig forankring høyt i organisasjonen
 - Samordning av prehospital kjede vil ha gode synergieffekter
 - Samordning av prehospital tjeneste og inhospitale tjenester.
 - Viktig å bidra til at det sikres gode grensesnitt med kommunene
 - Utnytte pasienttransportkapasitet, bruke ressursene mer riktig
 - Sikre videre standardisering og harmonisering.

4.5. IKT-systemer

Forprosjektet har gått gjennom utfordringsbildet i forhold til IKT. Det har vært diskusjoner omkring sentrale tema for å sikre at relevante IKT-verktøy blir ivaretatt i hovedprosjektet.

Anbefaling

- Det er en viktig del for kvalitet og pasientsikkerhet at ambulansepersonell har sikker tilgang til kjernejournal og EPJ under oppdrag, og det anbefales at det bør prioriteres høyt å jobbe for å få dette til.
- Forprosjektgruppen anbefaler at Mamut videreføres, og at det blir en naturlig del av HMN LØ-prosjektet når det skal implementeres i HF'ene.
- Forprosjektgruppen anbefaler at Bliksund Web, med underliggende moduler for blant annet virksomhetsdata og sjekklister, videreføres som en felles regional løsning.
- Forprosjektgruppen anbefaler at faglige retningslinjer for ambulansetjenesten skal være felles i region, og at de skal ligge lagret i Bliksundweb. Det må være link til Bliksundweb fra EQS, og ambulansetjenesten må forholde seg til EQS som kvalitetssystem. Her vil det ligge andre aktuelle prosedyrer som også gjelder ansatte i ambulansetjenesten.
- Det prehospitale området bør hensyntas i programmene for realisering av IKT-strategi.

5. Oppsummering/avslutning

Forprosjektet har gjennom denne prosjektrapporten etablert et beslutningsgrunnlag som skal angi:

- Hvilke **formelle forhold** som må avklares
- Hvilke **rammebetingelser** som må være på plass for å få en vellykket overgang til sykehusforetakene.

5.1. Formelle forhold

Helseforetaksloven legger godt til rette for omdanninger, og bidrar til at arbeidet med varsling og overføring av eiendeler og forpliktelser er enklere enn "normalt" i en fusjon/sammenslåingsprosess.

Helse Midt-Norge har erfaring med fusjon av virksomheter fra sammenslåingen av Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF, erfaring fra fisjonering gjennom at ambulanseavdelingene fra St.Olavs Hospital, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag har blitt overført til Ambulanse Midt-Norge og erfaring fra integreringsprosessen av Rusbehandling Midt-Norge HF. Dette gir samlet både en god juridisk forståelse for gjennomføring av omdanningen, og en etablert praksis for hvordan omdanningen kan gjennomføres.

Anbefalinger fra prosjektgruppen i forhold til formelle forhold er:

- Ivaretagelse av de **formelle prosesser** sikres gjennom at person(er) med relevant kompetanse bidrar inn i arbeidet med fusjon.
- **Funksjoner og verdier** (inkl. leieforhold og eiendommer) legges til delprosjekt eiendom og delprosjekt økonomi.
- **Saksarkiv og personalarkiv** ivaretas av delprosjekt arkiv.
- Delprosjekt HR ivaretar prosesser omkring **overføring av ansatte**. Gruppen skal bidra med støtte og koordinering av prosessene både i avgivende og mottagende organisasjoner. Gruppen skal også bidra til at involvering/medvirkning ivaretas på riktig måte.
- RHF'et må, i dialog med direktørene, sørge for at det legges prinsipper i forhold til hvordan **ressursene i hovedledelsen** skal fordeles og videreføres. Dette må gjøres raskt. Styringsgruppen får ansvar for å følge opp etter at prinsippene er lagt.
- **Avtaler** bør som hovedprinsipp overføres til mottakende helseforetak. Avtaler vil bli en naturlig del av virksomhetsgjennomgangen. Hvert delprosjekt må ha fokus på aktuelle avtaler for deres delprosjekt.
- HF'ene bør informere om fusjonen og forprosjektrapporten i sine **samarbeidsutvalg** med kommunene.
- En oversikt over strategiske **utviklingsløp og prosjekter** vil bli en naturlig del av virksomhetsgjennomgangen. Hvert delprosjekt må ha fokus på aktuelle prosjekter for deres delprosjekt.

5.2. Rammebetingelser

Enkelte av punktene som forprosjektet har diskutert er mer kritisk enn andre. Forprosjektet har identifisert **fem tidskritiske aktiviteter**:

1. Organisering av ambulansetjenesten i mottakende HF, jfr. kap. 4.4
2. Organisering av mottaksprosjektene i HF'ene og rigging av overføringsprosjektet, jfr kap. 4.3
3. Opprettelse og ressurssetting av fagledernetverk, jfr. kap. 4.1.3
4. Opprettelse og ressurssetting av hensiktsmessige fellesskapsløsninger, jfr. kap. 4.1.2
5. Utarbeidelse av en virksomhetsgjennomgang, jfr, kap. 2.

Anbefalinger fra prosjektgruppen i forhold til rammebetingelser er:

- Deltakelse i arbeidet med **nasjonale indikatorer og nasjonale/regionale IKT-prosjekter** følges opp av Helse Midt-Norge RHF.
- RHF'et må, i dialog med direktørene, ta ansvar for å sikre at det blir gode **fellesskapsløsninger** for analysearbeid, samt eierskap av bilpark og drift og investering i prehospitale kjøretøy og tilhørende utstyr. Dette må avklares snarest, og senest før sommeren. Prosjekteier må, i dialog med AMN, forberede en sak for RHF'et.
- Delprosjekt IKT får ansvar for å sørge for hensiktsmessig ivaretagelse av **systemeierskapet** for relevante IKT-systemer.
- Delprosjekt fag/HR får ansvar for å sørge for ivaretagelse av **kompetansenettverk utrykningskjøretøy**.
- Delprosjekt HR får ansvar å sørge for dagens ordning blir videreført når det gjelder **opplæringskontor** for ambulansefaget og felles **E-læringsportal** ambulansefaget.
- Fagdirektør hos Helse Midt-Norge RHF bør opprette et **regionalt fagledernetverk** snarest, og før sommeren. Dette gjøres i tett dialog med direktørene. Fagledernetverket bør inkludere AMK og ambulanse (bil/båt/luft). På sikt bør også pasientreiser inn i dette fagledernetverket. Fagledernetverket må sikres tilstrekkelig administrativ støtte for å kunne ivareta tildelte oppgaver, jfr opprettelse av fellesskapsløsning vist til i kap.4.1.2. Forprosjektet anbefaler at eier bør stille krav til HF'ene om deltakelse og bidrag i fagledernetverket.
- Forprosjektet gir honnør til AMN sin jobb med **kompetanseplan**, og anbefaler at denne bør være et grunnlag for det videre arbeidet etter integreringen. Det må være et særskilt fokus på kompetanseutvikling i overføringsprosjektet, for å sikre at dette ivaretas på en god måte og adresseres til riktig delprosjekt. Detaljer omkring kompetanseplan og kompetanseutvikling vil bli en naturlig del av virksomhetsgjennomgangen, jfr. Kap. 2.
- Vedlagte **prosjektoppdrag**, mandat og milepælsplan vedtas av styringsgruppa for overføringsprosjektet.
- Ved valg av **organisering** og mottakelse av ambulansetjenesten bør følgende moment være med i vurderingen til de mottakende helseforetak:
Finne en modell som understøtter ambulansefaget som eget fagfelt, sørge for tilstrekkelig ledelsesmessig forankring høyt i organisasjonen, samordning av prehospital kjede vil ha gode synergieffekter, samordning av prehospital tjeneste og inhospitale tjenester, viktig å bidra til at det sikres gode grensesnitt med kommunene, utnytte pasienttransportkapasitet, bruke ressursene mer riktig og sikre videre standardisering og harmonisering.
- Det er en viktig del for kvalitet og pasientsikkerhet at ambulansepersonell har sikker tilgang til **kjernejournal og EPJ** under oppdrag, og det anbefales at det bør prioriteres høyt å jobbe for å få dette til.

- **Mamut** bør videreføres, og blir en naturlig del av HMN LØ-prosjektet når det skal implementeres i HF'ene. **Bliksund Web**, med underliggende moduler for blant annet virksomhetsdata og sjekklister, videreføres som en felles regional løsning.
- **Faglige retningslinjer** for ambulansetjenesten skal være felles i region, og at de skal ligge lagret i Bliksundweb. Det må være link til Bliksundweb fra EQS, og ambulansetjenesten må forholde seg til EQS som kvalitetssystem. Her vil det ligge andre aktuelle prosedyrer som også gjelder ansatte i ambulansetjenesten.
- Det prehospitale området bør hensyntas i programmene for **realisering av IKT-strategi**.

5.3. Kommunikasjon i overføringsprosjektet

Informasjon og kommunikasjon må ivaretas på en god måte i overføringsprosjektet. AMN har lite ressurser i forhold til kommunikasjon etter medio april, og det kan vise seg at dette blir et sårbart område.

Det bør lages en kommunikasjonsplan for overføringsprosjektet. Det bør også opprettes et samarbeid mellom prosjektleder for overføringsprosjektet og informasjonsnettverket i regionen. Ved behov bør overføringsprosjektet knytte til seg en interne eller eksterne kommunikasjonsressurs. Dette for å få råd underveis i prosessen, samt få råd ved konkrete utfordringer/problemstillinger.

5.4. Utvikling av prehospitale tjenester i regionen



Tegning: Asbjørn Pettersen

Avslutningsvis ønsker forprosjektet å si noe om viktigheten av at det kommer på plass en regional plan/strategi for prehospitale tjenester. Forprosjektet mener dette er av avgjørende betydning for en helhetlig og god utvikling av tjenestene i regionene. Dette var ikke en del av mandatet for forprosjektet, men forprosjektet tillater seg å påpeke dette allikevel.

Anbefaling

- Forprosjektet ser at det er behov for et strategiarbeid i forhold til prehospitale tjenester, og anbefaler at dette blir igangsatt.
- Forprosjektet anbefaler at prehospitale tjenester inngår som en naturlig del av Helse Midt-Norge sin utviklingsplan.