

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2011/1253 - 8255/2011		012	08.04.2011

Innkalling til styremøte 140411

Møtedato: Torsdag 14. april 2011 kl. 1000
Møtested: Sykehuset Namsos – Store møterom

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 17/2011 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 17.03.11 |
| Sak 18/2011 | Revisjon av Prehospital plan for Helse Midt-Norge |
| Sak 19/2011 | Oppfølging av Strategi 2020 |
| Sak 20/2011 | Sykefravær – arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA) i Helse Nord-Trøndelag |
| Sak 21/2011 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 07.04.112. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 31.03.113. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 11.04.114. Driftsrapport for mars 20115. Arbeidsmiljøundersøkelsen 20116. Helseforetakenes gjennomgang mht overholdelse av arbeidstidsbestemmelser med mer i egen virksomhet7. Organisering av PCI behandling i Midt-Norge8. Styrets årsberetning 2010<ul style="list-style-type: none">- endelig godkjenning av styreleder jf vedtak i sak 14/20119. Andre orienteringer |

Med hilsen
Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 17.03 2011 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 13/2011 - 16/2011
Arkivsaksnr.: 2011/836

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhrén
Siw Bleikvassli
Torbjørge Vanvik
Peter Himo
Jørgen Selmer
Rolf Gunnar Larsen
Torgeir Schmidt-Melbye
Inger Anne Holm
Margrete Mære Husby

Forfall:
Ragnhild Torun Skjerve

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møte: Arne Ketil Auran

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Ledere data/analyseavdeling	Sveinung Aune
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste:

Steinar Aspli orienterte om at sak om Prehospital plan i Helse Midt-Norge er utsatt til neste møte, slik at behandlingen kan fange opp høringsuttalelser i saken.

Innkalling utsendt pr. e-post 11.03 2011. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Sak 13/2011 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 15.02.11

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 15.02.11 godkjennes.

Sak 14/2011 Årsoppgjør 2010; - styrets årsberetning og årsregnskap

Protokoll

Økonomisjef Tormod Gilberg gikk gjennom framlagt årsberetning og årsregnskap, og gjorde rede for endringer som har skjedd etter at utkastet ble sendt ut til styret.

Styret drøftet saken og anviste korrigeringer og tillegg i årsberetningen.

Steinar Aspli oppsummerte styrets endringsforslag og fremmet følgende forslag til vedtak:
Styret vedtar framlagte årsberetning og årsregnskap med noter, med endringer anvist av administrasjonen og styret i møtet. Styreleder gis fullmakt til endelig godkjenning av årsberetningen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret vedtar framlagte årsberetning og årsregnskap med noter, med endringer anvist av administrasjonen og styret i møtet. Styreleder gis fullmakt til endelig godkjenning av årsberetningen.

Sak 15/2011 Valg av ansattrepresentanter til styret i Helse Nord-Trøndelag HF

Protokoll

Steinar Aspli viste til saksutredningen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF tar til etterretning at følgende ansattrepresentanter er valgt til styret i Helse Nord-Trøndelag HF for en periode på to år fra 1. mai 2011:

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Nr	Etternavn	Fornavn	Foretak	Arbeidssted	Foreslått av
1	Sæther	Sølvi	HNT	Intensiv L	NSF
2	Kjølseth	Ellinor	HNT	Rehab L	Fagforbundet
3	Himo	Peter	HNT	Anestesi N	NSF
4	Larsen	Rolf	HNT	Anestesi L	Dnlf
5	Rønning	Hanne	HNT	Fagstab N	Fagforbundet
6	Børstad	Kristian	HNT	Mottagelsen N	NSF
7	Eidsaunet	Jørund	HNT	Drift L	El & It
8	Bjørklund	Lillian	HNT	Barneavd L	NSF
9	Busse	Trude	HNT	H4 N	NSF
10	Østnes	Birgith Borch	HNT	Prestetj N	Fagforbundet

Sak 16/2011 Orienteringssaker

Protokoll

1. *Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 03.03.11*
 - Steinar Aspli viste til protokollen og spesielt sak 33/11 om finansieringsmodell i Helse Midt-Norge.
Torbjørn Vanvik orienterte om utviklingen av nytt foretak i Møre og Romsdal.
2. *Protokoll fra møte i Brukerutvalget 14.03.11*
 - Steinar Aspli viste til protokollen. Brukerutvalgsleder Øystein Bjørnes viste til saker behandlet i møtet.
3. *Driftsrapport for februar 2011*
 - Administrerende direktør gikk gjennom sentrale drifts- og kvalitetsindikatorer for Helse Nord-Trøndelag i februar.
4. Andre orienteringer
 - *Innleie av personell*
Administrerende direktør orienterte om situasjonen i Helse Nord-Trøndelag knyttet til arbeidstidsbestemmelser og innleie av personell, jamfør pågående nasjonal mediedekning av temaet.
 - *Oppfølgingsregime styringskrav*
Leder av data- og analyseavdelingen, Sveinung Aune, gikk gjennom informasjonssystem knyttet til oppfølging av styringskravene som stilles til Helse Nord-Trøndelag. Systemet er sammenhengende fra budsjett/styringsdokument/foretaksmøteprotokoller og ned til oppfølging av det enkelte tiltak i helseforetaket. Hver annen måned avholdes møter mellom klinikk og direktør, med basis i mål og resultater.
 - *Strategi 2020*
Administrerende direktør orienterte om oppfølgingspunkter i Strategi 2020 som skal skje på HF-nivå. Det forberedes en sak til neste styremøte om dette.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

- *Arbeid mot sykefravær*
Steinar Aspli ber administrasjonen forberede en orientering om Almlid-utvalgets arbeid til neste styremøte.
- *Lyden av trivsel*
Informasjonssjef/prosjektleder Trond G. Skillingstad orienterte om oppstarten av Lyden av trivsel, herunder hilsen fra kulturministeren til Helse Nord-Trøndelag.

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Siw Bleikvassli

Torbjørgh Vanvik

Torgeir Schmidt-Melbye

Inger Anne Holm

Rolf Gunnar Larsen

Peter Himo

Jørgen Selmer

Margrete Mære Husby

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 18/2011 Revisjon av Prehospital plan for Helse Midt-Norge

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	14.04.11	18/2011
Saksbeh:	Trond G. Skillingstad	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2011/1253	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag ber Helse Midt-Norge legge følgende føringer til grunn for behandling av Prehospital plan for Helse Midt-Norge:

1. Forberedelser til overtakelse av ambulansetjenestene bør startes, slik at spørsmålet reelt kan behandles og eventuelt besluttet i god tid før neste anbudsrunde avsluttes.
2. AMK utgjør et praktisk og strategisk kommunikasjonsknutepunkt internt i helseforetak. Styret i Helse Nord-Trøndelag anbefaler en AMK-sentral i hvert foretak.
3. Helse Nord-Trøndelag har til enhver tid ansvar for drift innenfor forsvarlige rammer på alle områder. Dette gjelder også ambulansetjenesten. Utfordringer i tjenesten vil drøftes med kommunene og vurderes i lys av intensjoner og muligheter som Samhandlingsreformen skaper.
4. Ansvar for stasjonering av ambulanser bør tilligge det lokale helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag ønsker å opprettholde dagens stasjonsstrukturer for ambulanser, og jevnlig drøfte strukturen med kommunene.

SAKSUTREDNING:

Sak 18/2011 Revisjon av Prehospital plan for Helse Midt-Norge

VEDLEGG

Høringsuttalelse fra:

- Fagforbundet i Nord-Trøndelag, oversendelse datert 07.04.11
- KS Nord-Trøndelag, mail datert 28.02.11
- Snåsa kommune, formannskapetets møte 11.01.11
- Indre Namdal Regionråd, datert 19.01.11
- Leka kommune, v/kommunestyret møte 20.01.11, sak 01/11
- Brannsjef i Lierne, Røyrvik og Namsskogan, datert 23.01.11
- Den norske Jordmorforening, v/tillitsvalgt Bodil Klev Urstad, datert 26.01.11
- Røyrvik kommune, v/ordfører mottatt 28.01.11
- Helsepersonell i Snåsa kommune og Snåsa bydekvinnevalg, mottatt 22.02.11
- Røyrvik kommune, v/kommunestyrets medlemmer datert 24.02.11
- Midtre Namdal Samkommune, møte i samkommunestyret 11.03.11
- Nord-Trøndelag Fylkeskommune, datert 23.03.11, Fylkestingets vedtak ang. ambulansetjeneste i møte 03.03.11
- Møteprotokoll fra styremøte 03.02.11 i Helse Midt-Norge
- Høringsbrev av 07.02.11 fra Helse Midt-Norge
- Argumentasjon Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral (AMK) i HNT – Konklusjon

UNDERLAGSDOKUMENTER IKKE VEDLAGT SAKEN

Kan hentes ut via Helse Midt-Norges styreadministrasjon på web

- Styresak i Helse Midt-Norge 03.02.11, sak 21/2011
 - Vedlegg 1 Rapport fra utvalg for revisjon av prehospital plan
 - Vedlegg 2 Vedlegg til rapporten Evaluering av dagens ambulansedrift i HMN
 - Vedlegg 3 Delrapport arbeidsgruppe ambulanse
 - Vedlegg 4 Delrapport arbeidsgruppe luftambulanse
 - Vedlegg 5 Delrapport arbeidsgruppe nødmeldetjenesten
 - Vedlegg drøftingsprotokoll revisjon prehospital plan

Helse Midt-Norge har siste år gjennomført arbeid med revisjon av prehospital plan. Planen ble behandlet på styremøte i Helse Midt-Norge 3/2- 11 hvor styret gjorde følgende vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn det overordnede prinsipp om at befolkningen skal gis nødvendig spesialisthelsetjeneste av høy kvalitet og med god tilgjengelighet, og at dette er førende også for de prehospitaltjenester.

Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om HF styrenes vurdering av de avledede prinsipielle spørsmål som fremgår av saken.

Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at adm. direktør i samarbeid med KS innhenter kommunenes syn på de avledede prinsipielle spørsmålene i saken.

Styret ber det enkelte HF-styret kommentere stasjonering av ambulansene i sitt område i samarbeid med de berørte kommunene.

Styret i Helse Midt-Norge tar stilling til prehospital plan i styremøte april/ mai.

De prinsipielle spørsmål som Helse Midt-Norge ønsker tilbakemelding på er følgende:

1. Er det et førende prinsipp at ambulansetjenesten i Midt-Norge skal drives i egen regi eller kan deler konkurranseutsettes.
2. Er det et førende prinsipp at hjemmevakt skal begrenses i størst mulig grad?
3. Hvor mange AMK-sentraler bør det være i Helse Midt-Norge?

A STYRETS PRINSIPIELLE SPØRSMÅL

1. Ambulansetjenesten, privat eller offentlig drift:

Beskrivelse

Ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelags dekningsområde drives av to selskap, NTS Ambulanse AS og Inn-Trøndelag ambulanse AS med følgende stasjoneringer:

Inn-Trøndelag ambulanse:

Stjørdal, Meråker, Levanger, Steinkjer, Verran, Leksvik

Namsos Trafikkselskap:

Leka, Rørvik, Namsos, Lierne, Røyrvik, Namsskogan, Snåsa, Flatanger, Grong, Osen/Roan

Ambulansestasjonen i Bindal drives av Helse Nord RHF.

Ambulansearbeiderne er ansatt i disse selskapene. Helse Nord-Trøndelag setter rammer for og krav til virksomheten for å sikre nødvendig utvikling av prehospitale tjenester og sammenheng med sykehusenes tjenester for øvrig. Det gjennomføres jevnlig revisjoner av tjenestene.

I forbindelse med evalueringsrapporten knyttet til ambulansetjenesten, gjøres følgende konklusjoner for ambulansetjenesten i Midt-Norge:

Dagens ambulansetjeneste i Midt-Norge er av god standard. Personellens kvalifikasjoner tilfredsstiller godt de krav som stilles i forskrift. Tilgang til nytt personell er bra med lokale variasjoner. Utstyr og biler er av god standard, men varierende mellom "egne" tjenester og de private utøverne. Jevnt over er våre "egne" tjenester oppsatt med eldre biler enn de private. Samarbeidet med de private driverne er godt. Helseforetakene føler de har god kontroll på de private operatørenes tjenester.

Arbeidsgruppen peker på sannsynlige økninger i driftskostnader ved overtakelse av ambulansetjenesten. Dette gjelder blant annet pensjonsendringer, samt vurderinger i forhold til dagens avlønningssystem. Arbeidsgruppen peker videre på at Helse Midt-Norge må investere i biler og utstyr ved overtakelse, noe som utløser minimum 120 millioner kroner i investeringer.

Vurdering

Helse Nord-Trøndelag har lang og god erfaring med private drivere av ambulansetjenestene. Samarbeidet oppleves som ryddig og profesjonelt, og det etablerte systemet har ivaretatt utviklings- og styringsbehov i ambulansetjenesten.

Utviklingen innen prehospitale tjenester kan underbygge en offentlig overtakelse av selve ambulansedriften. Prehospitale tjenester er i langt større grad enn tidligere blitt en integrert del av spesialisthelsetjenestens behandlingsskjede. Viktigheten av dette ytterste leddet i spesialisthelsetjenesten har også økt i takt med kompetansen og behandlingsmulighetene. Denne

kompetansehevingen og integrasjonen gjør det mer naturlig enn før at ambulansetjenesten drives av helseforetakene selv.

Utredningene knyttet til dette spørsmålet er i liten grad avklarende i forhold til økonomiske konsekvenser. Rapporten fra arbeidsgruppen konkluderer med høyere driftsutgifter ved offentlig drift, samt at en overtakelse vil utløse et betydelig investeringsbehov.

Konklusjon

Administrerende direktør finner ikke at driftsøkonomiske konsekvenser er tilstrekkelig avklart for å anbefale offentlig overtakelse av ambulansedriften. Videre bør investeringsbehovet vurderes og prioriteres opp mot andre investeringer som er planlagt i Helse Midt-Norge.

Tiden for gjennomføring av en så vesentlig endring kan også bli for knapp før neste avtaleperiode.

Det er avgjørende at nødvendige prosesser gjøres i god tid før en eventuell framtidig endring, slik at alle aktører og befolkning opplever forutsigbarhet og trygghet rundt ambulansetjenesten.

På dette grunnlaget anbefaler administrerende direktør at dagens system, som innbefatter både private og offentlige drivere i Helse Midt-Norge, fortsetter i neste avtaleperiode. Forberedelser til overtakelse av ambulansetjenestene bør imidlertid startes, slik at spørsmålet reelt kan behandles og eventuelt besluttet i god tid før neste anbudsrunde avsluttes.

2. Begrensning av hjemmevakt

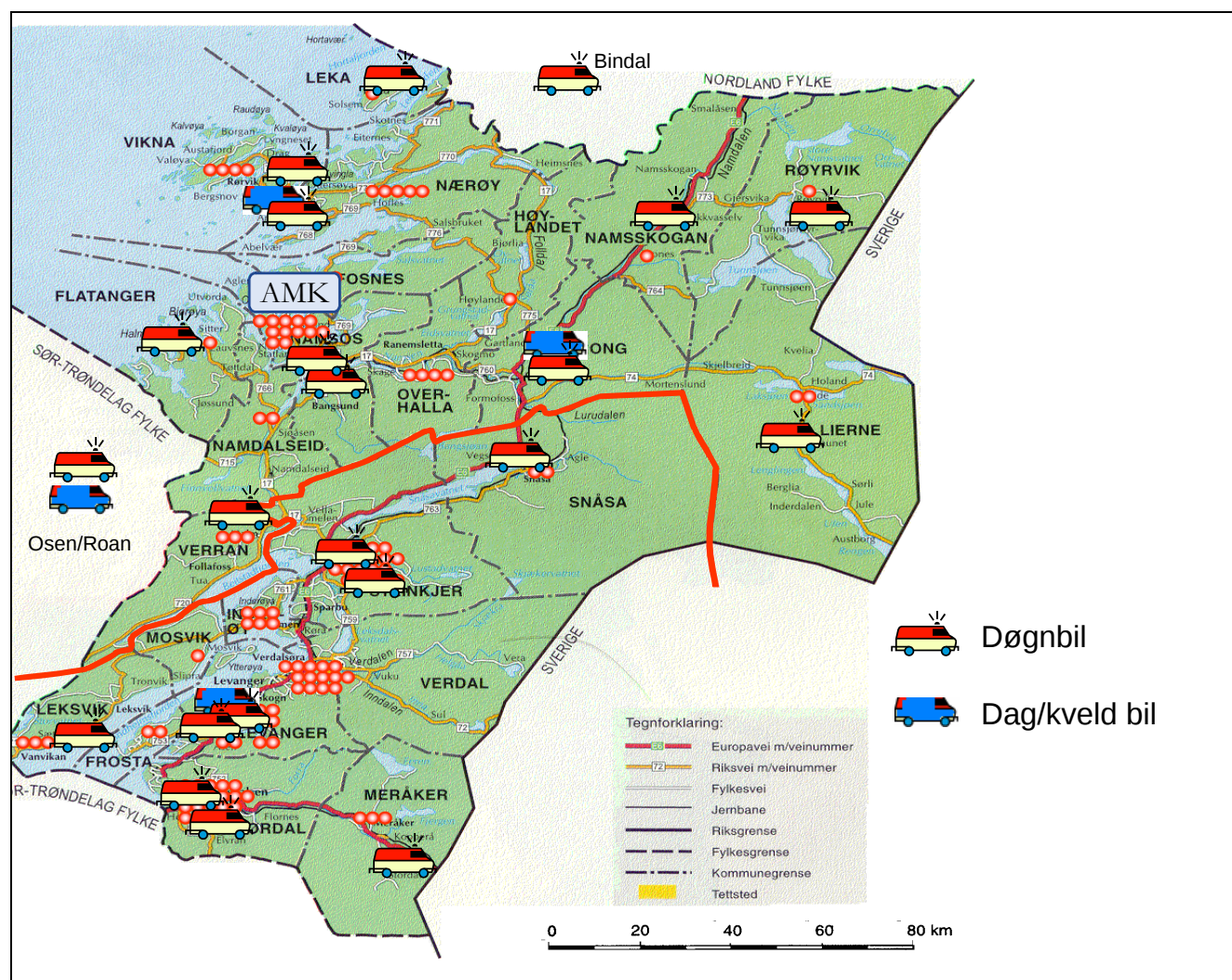
Beskrivelse

Kontraktører i helseforetakets område:	2
Antall stasjoner:	16
Antall fast ansatte:	160
Antall vikarer:	19
Antall fast ansatte med autorisasjon som ambulansarbeider:	160
Antall vikarer med autorisasjon som ambulansarbeider:	16
Annen godkjent utdanning	
Antall ambulanselæringer	12 etter avtale med HNT
Antall ambulanser med kasernert vakt	25 hvorav 12 i kasernert vakt hele døgnet 13 i kasernert vakt deler av døgnet

Vedlegg til Utvalgsrapport – evaluering av dagens ambulansedrift i Helse Midt-Norge

All ambulansetjeneste i Helse Nord-Trøndelag er kasernert. I enkelte tjenesteområder er det kasernering kun i deler av døgnet. Begrunnelsen for kasernering i deler av døgnet også for disse tjenestene, er behovet for faglig utvikling og makker trening på kaserne, samtidig som det i rekrutteringssammenheng øker attraktiviteten. Årsaken til at døgnet for øvrig sikres gjennom bruk av hjemmevakt er de relativt lave utrykningstallene for de aktuelle tjenesteområdene.

Stasjonene i Helse Nord-Trøndelags nedslagsfelt er plassert slik:



Organisering av tjenestene på den enkelte stasjon er slik:

Stjørdal:	2 døgnbiler	Kasernert 24t
Meråker:	1 døgnbil	Kasernert 8-20
Levanger:	2 døgnbiler	Kasernert 24t, 1 dagbil kl. 7.15-19.15 ma-fre
Steinkjer:	2 døgnbiler	Kasernert 24t
Verran:	1 døgnbil	Kasernert 8-20, ellers hjemmevakt inkl. helg
Leksvik:	1 døgnbil	Kasernert 8-20, ellers hjemmevakt inkl. helg
Leka:	1 døgnbil	Kasernert 9-14, ellers hjemmevakt inkl. helg
Rørвик:	2 døgnbiler	Kasernert 24t, 1 dagbil kl. 10-20 ma-fre
Namsos:	2 døgnbiler	Kasernert 24t
Lierne:	1 døgnbil	Kasernert 9-14, ellers hjemmevakt inkl. helg
Røyrvik:	1 døgnbil	Kasernert 9-14, ellers hjemmevakt inkl. helg
Namsskogan:	1 døgnbil	Kasernert 9-14, ellers hjemmevakt inkl. helg
Snåsa:	1 døgnbil	Kasernert 9-14, ellers hjemmevakt inkl. helg
Flatanger:	1 døgnbil	Kasernert 9-14, ellers hjemmevakt inkl. helg
Grong:	1 døgnbil	Kasernert 24t, 1 dagbil kl. 08-20
Osen/Roan:	1 døgnbil	Kasernert 24t, 1 dagbil kl. 10-20 ma-fre

Rapport fra arbeidsgruppen anbefaler at Helse Nord-Trøndelag vurderer stasjonene Snåsa, Røyrvik og Leka med tanke på å slå disse sammen med tilgrensende stasjoneringer (Snåsa - Steinkjer/Grong, Røyrvik - Namsskogan/evt Lierne og Leka - Bindal/deler av Nærøy). Begrunnelsen for anbefalingene er å skape større fagmiljø og stasjoner med høyere aktivitet.

Vurdering

Ingen betviler at utviklingen i prehospitale tjenester har gitt en ny dimensjon til moderne helsetjenester. Ambulansetjenesten er endret fra en transporttjeneste inn til lege/sykehus til en spesialisert, livreddende behandling med løpende kommunikasjon med sykehuset og et sett med virkningsfulle behandlingsalternativer.

To avgjørende dimensjoner må tillegges stor vekt ved vurdering av helseforetakets akuttmedisinske tilbud. Den ene dimensjonen er kvalitet/kompetanse, den andre er tid til behandling – både av ambulanspersonell og lege/sykehus.

Når det gjelder kompetanse, viser administrerende direktør til at Helse Nord-Trøndelags ambulansetjeneste er det eneste foretaket i landet som ikke fikk avvik i Helsetilsynets kartlegging sommeren 2009 ("Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus - kapittel 4 Ambulansetjenesten, § 17".)

Det er per i dag ingen grunn til å betvile kompetansen ved noen av stasjonene i nedslagsfeltet, samtidig som det er relevant å drøfte tjenesten med tanke på rekruttering i årene som kommer. Den andre dimensjonen, tid, er svært vesentlig i vurderingene av stasjoneringer i Nord-Trøndelag. Indre og Ytre Namdal har til dels spredt befolkning og preges av veldig store avstander. Geografisk sett står Røyrvik og Leka i en særstilling. Førstnevnte kommune ligger nord for Steinfjellet, og vegføringene til kommunen stenges relativt ofte. Leka er en øykommune i et værhardt kyststrøk.

Konklusjon

Administrerende direktør er enig i at hjemmevakt skal begrenses i størst mulig grad. Hjemmevakt er ikke optimalt for arbeidsmiljø og kompetanseutvikling, og stasjoner med hjemmevakt står svakere i rekrutteringssammenheng.

Begrensning av hjemmevakt er også i tråd med forskrift.

Hjemmevakt kan imidlertid være en konsekvens av den overordnede vurderingen: Hvor tilsier geografiske, værmessige og befolkningsmessige forhold at det er ambulansestasjon?

Geografiske og værmessige forhold tilsier behov for tilstedeværende ambulans først og fremst i Røyrvik og Leka. Dette gjelder i noe mindre grad for Snåsa, som raskere nås fra stasjonene i hhv Grong og Steinkjer. Samtidig vil det av flere årsaker være en irrasjonell organisering å ha 24 timers kasernevakt på stasjoner med så vidt lavt antall utrykninger.

For alle disse tre kommunene er ambulansen en opplevd og reell trygghetsbase for befolkningen.

Når det gjelder volumtrening, går det ikke fram av utredningene at antallet akuttoppdrag per ambulansarbeider øker ved en eventuell sammenslåing av stasjoner. Dette er et høyst relevant spørsmål, ettersom felles stasjon innebærer at det samlede antall oppdrag skal fordeles på flere personer med kortere kasernevakter. Som ved andre vurderinger knyttet til volum, bør man se både på enhetens volum og volum per behandler.

Stasjonene i Røyrvik, Leka og Snåsa er i dag bemannet med kompetent personell.

Administrerende direktør anbefaler på dette grunnlaget at dagens struktur på ambulansetjenesten opprettholdes.

I prosessen fram mot dette saksframlegget har direktøren hatt kontakt med alle tre kommuner. Gjennomgangen viser tydelig behov for tettere kontakt mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene også i forhold til ambulansetjeneste. Foretaket og kommunene bør drøfte seg fram til en felles forståelse av utfordringsbilde, og sammen vurdere mulige tiltak for å styrke situasjonen.

For øvrig vil administrerende direktør legge til grunn et prinsipp at de lokale helseforetakene har myndighet til å avgjøre stasjonsstruktur i eget område. Helseforetaket ser ambulansetjenesten som en integrert del av sin virksomhet, og finner det unaturlig at spørsmålet om stasjonsplassering skulle tilligge det regionale helseforetaket.

3. Antallet AMK-sentraler i Midt-Norge

Beskrivelse

Helse Midt-Norge har i dag fire AMK-sentraler: Ålesund, Molde, St. Olavs Hospital og Namsos. AMK Nord-Trøndelag styrer ambulanseflåten i nedslagsfeltet, betjener akuttmedisinsk nødtelefon og er et knutepunkt for kommunikasjon innad i sykehuset, mellom sykehus, med nødtjenester fra andre aktører (luftambulanse, ambulansebåt mv) og ikke minst mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten.

Rapport fra arbeidsgruppen viser en delt konklusjon. Representanter fra to foretak (flertall i arbeidsgruppen) går inn for AMK-sentraler kun i Ålesund og Trondheim. Representantene fra de andre to foretakene går for dagens struktur med fire AMK-sentraler.

Vurdering

Administrerende direktør vurderer AMK Nord-Trøndelag til å holde høy kvalitet i sine tjenester, og kvalitetsfokus skjeper ytterligere i sertifiseringsarbeidet som pågår. Arbeidsgruppen peker ikke på kvalitetsgevinster ved reduksjon til to sentraler i Midt-Norge. Ifølge egne tjenester oppleves samarbeidet mellom AMK-sentralene i Trøndelag som godt, og AMK Nord-Trøndelag får positive tilbakemeldinger både fra samarbeidende AMK- og legevaktssentraler.

Driftsøkonomisk og investeringsmessig går det heller ikke skille mellom løsningsalternativene. Dersom AMK-sentralenes dekningsområde går over foretaksgrenser, oppstår derimot en rekke problemer. Det gjelder blant annet helt vesentlige punkt som innsyn i journal.

AMK-sentralen er videre et knutepunkt i et helseforetak og i den totale helsetjenesten i fylket. I utredningsarbeidet er det for øvrig lagt liten vekt på AMKs sentrale rolle i katastrofesituasjoner. Det foreligger tunge argument for å opprettholde ordningen med AMK i alle helseforetak.

Jf. vedlegg til saken, nevnes følgende hovedkategorier for opprettholdelse av AMK i hvert helseforetak:

1. Pasientsikkerhet
2. Juridiske enheter bør styre egne ressurser
3. Samhandlingsreform og AMK
4. Foreliggende studier
5. Erfaring ved AMK som ikke harmonerer med foretaksgrenser

I tillegg kommer punkt som gjelder synergier med andre sykehusfunksjoner, samt områder med lavere arbeidsgiveravgift: Lavere bemanningskostnader i Nord-Trøndelag

Punktene beskriver sannsynligvis årsakene til at norsk AMK-organisering i dag, nesten uten unntak, overensstemmer med helseforetaksgrensene.

Organiseringen er allerede slik før ikrafttredelse av Samhandlingsreformen, en reform som vil gi AMK en sentral rolle for et bedre samspill mellom nivåene i helsetjenestene.

Administrerende direktør anbefaler på dette grunnlaget et prinsipp om at hvert foretak har AMK-sentral.

B HØRINGSUTTALELSER

Høringsuttaalelser er vedlagt saken i full tekst. Vedlagt er en kort oppsummering av synspunktene:

KS i Nord-Trøndelag

- anbefaler fortsatt drift ved private i Nord-Trøndelag
- mener helseforetaket må strukturere og dimensjonere sin egen ambulansetjeneste
- stasjonering må avklares i samhandling med kommunene
- en AMK-sentral i hvert helseforetak

Midtre Namdal Samkommune

Stasjonering av ambulanser

Må på plass direkte dialog med kommunene om ambulansestasjonering.

Organisering av AMK-sentraler

AMK-sentral i hvert foretak

Røyrvik kommune, kommunestyret

Stasjonering av ambulanser

Mener helseforetaket bør opprettholde stasjonering i Røyrvik.

Røyrvik kommune ved ordfører

Stasjonering av ambulanser

Mener helseforetaket bør opprettholde stasjonering i Røyrvik.

Den norske jordmorforening

Stasjonering av ambulanser

Mener helseforetaket bør opprettholde stasjonering i Snåsa.

Helsepersonell i Snåsa kommune, Snåsa bygdekvinnelag

Stasjonering av ambulanser

Mener helseforetaket bør opprettholde stasjonering i Snåsa.

Snåsa kommune, formannskap

Stasjonering av ambulanser

Mener helseforetaket bør opprettholde stasjonering i Snåsa.

Brannsjef i Lierne, Røyrvik og Namsskogan

Stasjonering av ambulanser

Mener helseforetaket bør opprettholde stasjonering i Røyrvik.

Indre Namdal regionråd

Stasjonering av ambulanser

Mener helseforetaket bør opprettholde stasjoneringene i Indre Namdal.

Leka kommune, kommunestyret

Stasjonering av ambulanser

Mener helseforetaket bør opprettholde stasjonering i Leka.

Fagforbundet i Nord-Trøndelag

Anbefaler offentlig drift av ambulanser, og understreker stasjoneringenes betydning for trykghetsfølelsen.

Oppsummering og administrerende direktørs vurdering av høringsuttalelser

Kun to høringsinstanser har uttalt seg om ambulansetjenestene bør drives i *offentlig eller privat regi*. KS i Nord-Trøndelag anbefaler fortsatt privat drift, fordi tjenestene beskrives å holde høy kvalitet samtidig som driften antas å være mindre kostnadskrevenne enn drift i egen regi. Fagforbundet i Nord-Trøndelag anbefaler offentlig drift, som vil bidra til å sikre et godt og trygt tilbud samme hvor i landet man bor.

To høringsinstanser anbefaler at hvert helseforetak har *AMK-sentral*.

Flere høringsinstanser uttaler seg om stasjonering av ambulanser. Alle uttalelsene peker i retning av opprettholdelse av dagens *struktur på stasjonene*. Uttalelsene peker dels på argumenter som ikke er med i utredningsgruppens arbeid, og har dels motstridende opplysninger om faktiske forhold sammenholdt med utredningene. KS i Nord-Trøndelag legger vekt på samhandlingsaspektet i disse spørsmålene.

C TOTALVURDERING

Administrerende direktør fornemmer at helseforetakene kan bli enda bedre på å bringe med seg perspektivene fra Samhandlingsreformen ved vurdering av vesentlige tjenester.

Utredningene i foreliggende revisjon av prehospita plan er svært grundige basert på dagens spesialisthelsetjenester. Både prosess og innhold er imidlertid preget av fokus på egne tjenester, med for lite sideblikk på at helseforetakene utgjør en bit av en langt større total helsetjeneste som står foran store endringer de nærmeste årene. Høringsuttalelsenes innhold viser at det er forskjell i oppfatningen av de faktiske forhold, noe som understreker behovet for bredere prosesser med involverte parter når det gjelder prehospitale tjenester.

Spørsmålene rundt ambulansestasjonering har skapt uttalt utrykghet i de utsatte kommunene. Ved en rekrutterings- eller kvalitetssvikt i tjenestene er det administrerende direktørs plikt å gjøre noe med tjenestene – i likhet med alle andre tilbud som helseforetaket har. Det er i denne sammenhengen viktig å understreke at det ikke foreligger noen tvil om kompetanse og kvalitet på de berørte tjenestestedene.

Ambulansen oppfattes som lokalsykehuset i Røyrvik, Snåsa og Leka. Det er avgjørende for gjensidig tillit at vi oppretter løpende kommunikasjon med alle kommuner om hvilke utfordringer vi har, og hvilke tiltak vi bør sette i verk for å løse utfordringene. Nedlegging av stasjoner er et alternativ dersom behovet for ambulanse blir redusert eller at utfordringer med tjenestene ikke lar seg løse med andre avbøtende tiltak. Viktigheten av disse tjenestene er slik at det krever tette bånd mellom kommuner og helseforetak for å skape felles virkelighetsforståelser, felles utfordringsbilder og felles tiltak.

Med dette til grunn, mener administrerende direktør at dagens stasjonsstruktur ikke bør endres på nåværende tidspunkt. Videre bør det lokale helseforetak ha myndighet til å avgjøre stasjonsstruktur, og samtidig være ansvarlig for nødvendig kommunikasjon opp mot de enkelte kommuner.

Administrerende direktør har ingen problemer med å se at det isolert sett kan framstå som rasjonelt å samle AMK-sentraler i større og mer robuste enheter. Det er imidlertid verken faglige eller økonomiske argumenter som tilsier en slik løsning. Tvert i mot er det uttalte og konkrete negative overslagseffekter til helseforetakets øvrige drift og til nødvendig pasientbehandling, slik det er redegjort for i saksframlegget. Legger vi til perspektivet som ligger i Samhandlingsreformen, trekker AMK-sentralisering i direkte feil retning.

Administrerende direktør vil i tillegg framheve følgende forutsetninger for AMK-plassering:

1. AMK må kunne geografien
2. AMK må kjenne kommunehelsetjenesten i området, organisering og innhold av legevaktjenesten i de enkelte regioner, samt organisering og innhold av andre nødressurser i kommunen/fylket.
3. AMK må kjenne spesialisthelsetjenestetilbudet i hvert enkelt sykehus for å sikre at rett pasient kommer til rett sted.
4. AMK må være en integrert del av den akuttmedisinske tjenesten for å sikre et høyt faglig nivå på helseforetakets totale tjeneste.

Disse fire forholdene blir totalt best ivaretatt dersom sentralen er lokalisert som en del av helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag skal ivareta befolkningen i Nord-Trøndelag sitt behov for spesialisthelsetjeneste. AMK er en del av denne tjenesten.

På dette grunnlaget anbefaler administrerende direktør at det opprettholdes en organisering med AMK-sentral i hvert helseforetak.

Spørsmålet om privat eller offentlig drift av ambulansene skiller seg ut fra de andre to hovedspørsmålene fra det regionale styret. Saken har en uavklart økonomisk side, den er tidsmessig krevende og det framgår ikke klart hvilke fordeler offentlig overtakelse vil få. Administrerende direktør ser at utviklingen i prehospitale tjenester aktualiserer spørsmålet om drift i egen organisasjon, men at en slik eventuell overgang krever mer tid enn det som gjenstår av innværende avtaleperiode. Det er også viktig å avklare hvordan investeringsbehovet påvirker andre prioriterte investeringer i Helse Midt-Norge.

Administrerende direktør anbefaler derfor at forberedelser til overtakelse av ambulansetjenestene startes, slik at spørsmålet reelt kan behandles og eventuelt besluttet i god tid før neste anbudsrunde avsluttes.

FAGFORBUNDET Nord-Trøndelag har avholdt fylkesmøte den 23. -24. mars 2011 på Quality Hotel Grand, Steinkjer, og uttaler følgende:

Ambulansetjenesten - innbyggernes trygghet.

Fagforbundet krever at ambulansetjenesten blir en del av prehostpitaletjenester til helseforetaket. Ambulansetjenesten er bokstavlig talt livsviktig, og førstelinjetjenesten blir i større og større grad sykehusenes forlenget arm, fordi ekspertise, avansert, livreddende utstyr og kompetanse flyttes ut til de som møter pasienten først.

Med Norges vidstrakte natur og bosettingsmønster, noe som vi ønsker å opprettholde, er det nødvendig å sikre innbyggernes tilgang til denne tryggheten som ambulansetjenesten kan gi. Med store klimatiske utfordringer kan vi ikke være trygge med akuttberedskap som er sentrert rundt de store sentraene.

En nedleggelse av ambulansetjenestene ute i distriktene, vil være en sterk reduksjon av denne tryggheten. Derfor er det naturlig at ambulansetjenesten blir en del av helseforetakene sitt helhetlige tilbud. Regjeringa må øke politisk styring av helseforetakene og sikre at ambulansetjenesten blir en del av kjernevirksomheten i spesialisthelsetjenesten. Dette vil gi befolkningen et godt og trygt tilbud samme hvor i landet vi bor.

Fagforbundet mener at ambulansetjenesten skal være helseforetaket sitt hele og fulle ansvar, og drives i dennes regi.

FAGFORBUNDET Nord-Trøndelag
Mildrid Finnehaug,
fylkesleder

Hege Sørli

Fra: Einar Johan Jakobsen [EinarJohan.Jakobsen@ks.no]

Sendt: 28. mars 2011 10:25

Til: alf daniel moen; Alf Robert Arvasli; Anne Marit Mevassvik; Annikken Kjær Haraldsen; Arve Haug (E-post); Bjørg Tingstad - Fosnes; Bjørn Arild Gram (bjorn-arild.gram@steinkjer.kommune.no); Bjørn Iversen ; Bård Langsåvold (E-post); Carl Ivar Køppen (E-post); Einar Strøm (einar.strom@leksvik.kommune.no); Erik Seem (E-post); Frank Cgristiansen; Frode Revhaug; Gunnar Viken; Johan Arnt Elverum (E-post); Johannes Sandstad; Jostein Hildrum; Kari Ystgård; Karin Sørånet (E-post); Lars Otto Okstad (E-post); Magnar Namsvatn; Morten Stene; Ole Tronstad; Reidar Lindseth; Robert Svarva; Steinar Aspli (E-post); Steinar Lyngstad; Tor Erik Jensen; Vigdis Hjulstad Belbo (E-post); Anne Støckert Hagen; Arne Ketil Auran; Arnt Wendelbo; Erlend Myking ; Geir Staldvik (E-post); Hege Sørli; Henrik Vinje (E-post); Inge Fornes; Jacob Br. Aimplid (E-post); Jon Arve Hollekim; Jostein Grimstad; Karl Audun Fagerli (E-post); Kjell Fosse (E-post); Lars H. Daling; Ola Stene (E-post); Ole Jørgen Rødøy (E-post); Reidar Viken (E-post); Roar Pedersen; Roy Harald Ottesen (E-post); Rune Strøm; Rønnaug Aaring; Svein Helland (E-post); Torunn Austheim; Trond Stenvik; Truls Eggen (E-post)

Kopi: Marit Moe; Øystein Forr

Emne: PREHOSPITAL PLAN - UTTALELSE

AU sendte ut forslag til uttalelse til fylkesstyret på mail og anmodet om tilbakemelding såfremt noen i styret var uenig. Ingen i styret meldte uenighet og uttalelsen fra KS Nord-Trøndelag ble derfor som følger:

11/8 Prehospital plan

Saksgang	Møtedato	Saknr
Fylkesstyret i Nord-Trøndelag	21.03.2011	11/8

Saksframstilling

Saken sendt fylkesstyret pr. e-post 06.03.2011, med svarfrist for kommentarer 21.03.2011.

AU behandlet i møte 15.03.2011 forslag til prehospital plan og vedtok følgende forslag til uttalelse:

PRINSIPPAVKLARING 1 – KONKURANSEUTSETTING/EGEN DRIFT AV AMBULANSETJENESTEN:

De grunnleggende element i driften av ambulansetjenesten må være at tjenesten dekker innbyggernes behov for effektivitet, trygghet og kvalitet innenfor ei bærekraftig ramme.

Ressursbruken i ambulansetjenestene må sees i sammenheng med alle de andre tjenestene helseforetaket skal gi innbyggerne. Det er derfor av vesentlig betydning at det enkelte foretak selv bestemmer struktur og kvalitet ut ifra behov og kunnskap om det område som skal betjenes.

Driftsformen må derfor vurderes ut i fra de faglige kriteriene opp mot hvilken kostnadsbesparelse som ligger i konkurranseutsetting av tjenesten. Skulle kostnadene for egedrift føre til at andre områder av helseforetakets virksomhet blir rammet med kutt vil vi advare mot at man reverserer konkurranseutsetting av ambulansetjenesten uten at det foreligger tungtveiende faglige argumenter for dette

Det er grunn til å påpeke at det i sammendraget fra evalueringsrapporten om

28.03.2011

ambulansetjenesten blir sagt følgende; "Dagens ambulansetjeneste er av god standard. Personellet kvalifikasjoner tilfredsstiller godt de krav som stilles i forskrift. Tilgang til nytt personell er bra med lokale variasjoner. (...) Samarbeidet med de private driverne er godt. Helseforetakene føler de har god kontroll over de private operatørenes tjenester."

Ut i fra dette konkluderer Fylkesstyret i KS Nord-Trøndelag med at ordningen med private utøvere fungerer godt også i Nord-Trøndelag, og bør videreføres.

PRINSIPPAVKLARING 2 – STASJONERING AV AMBULANSER.:

De prehospitale tjenestene vil være ett av flere sentrale elementer i de faglige avklaringene som skal skje mellom foretak og kommune i forbindelse med Samhandlingsreformen. Tjenestene vil være relativt sentrale både ressursmessig og kompetansemessig i forhold til andre samhandlende tjenestetilbud (også når det gjelder plassering).

Det er derfor naturlig at spørsmålet avklares i samhandling med de kommunegruppene som er etablert mellom kommunene og helseforetaket i Nord-Trøndelag.

PRINSIPPAVKLARING 3 – ANTALLET AMK-SENTRALER.

KS NT er opptatt av at mest mulig av foretakets ressurser prioriteres direkte pasientrettet virksomhet

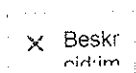
KS NT er derfor opptatt av at innbyggerne skal ha mest mulig treffsikker, kostnadseffektiv og bærekraftig nødmeldetjeneste. På en slik bakgrunn kan det synes som å være en unødig ressursbruk med 4 AMK-sentraler i Midt-Norge.

KSNT anbefaler derfor en struktur med en AMK-sentral i hvert fylke med egen AMK-sentral i Nord-Trøndelag fordi:

- Funksjonelle og oversiktlige områder beholdes i fht. Samhandling
- Tilgang til journalsystem uproblematisk
- Jobbrotasjon beholdes
- Beredskap for sykehus/foretak opprettholdes
- Unødvendig å opprette kommunikasjonsknutepunkt
- Volumet av henvendelser per operatør er tilfredsstillende
- Regelmessige møter med samarbeidspartnere kan gjennomføres
- Kontaktmøter kommuner kan gjennomføres

Med vennlig hilsen
Einar Jakobsen
Daglig leder KS Nord-Trøndelag
Office Manager

Epost Email: Einar.jakobsen@ks.no
Telefon Phone: (+47) 24 13 26 00
Mobil Cellular: (+47) 48 15 68 78
<http://www.ks.no>



KOMMUNESSEKTORENS INTERESSE- OG ARBEIDSGIVERORGANISASJON
The Norwegian Association of Local and Regional Authorities

Formannskapetets vedtak:

DET ER UAKSEPTABELT Å FLYTTE AMBULANSEBILEN FRA SNÅSA

Dette på grunn av bl. a. følgende:

- Det strider i stor grad mot det helseforetaket selv sier: "Lokalisering av ambulansetjenesten er midt i kjernen av HNT hovedoppgaver, nemlig å skape trygghet for liv og helse." Dette bør også gjelde befolkningen som bor langt fra sykehusene. Vi mener at forslaget som foreligger alvorlig vil svekke kvaliteten på tjenesten for pasientene i Snåsa.
- Snåsa kommune har et legevaktssamarbeid med Steinkjer kommune som tilsier at vi er uten legeberedsskap i kommunen fra kl. 18-08 på hverdager og alle helger og høytidsdager. Dette bør styrke argumentasjonen for å ha ambulanse lokalisert i kommunen. Ambulansen er da også veldig sentral i forhold til transport av akutte/øyeblikkelig hjelp tilfeller til legevakten. På kveldstid, natt og i helger og høytidsdager er stort sett alle oppdrag akutt og desto viktigere med rask tilgang til ambulanse. Å redusere dette tilbudet innebærer en reell svekkelse av førstelinjetjenesten og det skaper en begrunnet frykt i befolkningen at de ikke får den hjelpen de trenger når de trenger den.

Det vil også være brudd på forutsetningene som lå til grunn da legevaktsamarbeidet med Steinkjer og Verran ble etablert i 2005. En av grunnene til den prosessen lå i vurderingene av betydningen av lokalt nærvær av ambulansetjenester for etableringen av en forsvarlig vaktordning uten bakvakt i Verran og Snåsa.

Uansett om arbeidet med ambulanseberedskapen fra HNTs side i utgangspunktet ikke handler om legevakt, må en ta hensyn til den åpenbare rollen en raskt tilgjengelig ambulansetjeneste spiller for både pasientenes og legenes trygghet, og særlig under utøvelse av legevakt. Det er ikke snakk om å bruke ambulansen i stedet for legevakt, men at man har medhjelpere som er tilgjengelige, kan rykke ut på kort tid, og som kan utføre medisinske tjenester under veiledning og i samråd med legevakten. Det må Helse Nord-Trøndelag ta hensyn til ut i fra intensjoner om økt samarbeid til pasientenes beste uavhengig av nivå.

Dersom ambulansespørsmålet skaper tvil om forvarligheten av vår legevaktordning slik at vi må etablere bakvakt og dermed gå tilbake til en situasjon med 2-delt vakt i store deler av året, vil dette uten noen rimelig tvil være fatalt for legedekningen og rekrutteringen i Snåsa kommune framover. Dette kan Snåsa kommune ikke akseptere. Vi vil tro at heller ikke HNT ser dette som en rimelig konsekvens av marginale tilpasninger i sin ambulansestruktur. Vi krever dessuten at HNT innhenter synspunkter fra Steinkjer legevakt og våre samarbeidende kommuner før det arbeides videre med spørsmålet om nedlegging av Snåsa-ambulansen.

Snåsa har i en årrekke har fått skryt for lave tall for sykehusinnleggelse kombinert med kort liggetid, og fordi vi tar imot ferdigbehandlede pasienter raskere enn andre kommuner. Vi vil hevde at stabil og dyktig legedekning, og en god og stabil pleie- og omsorgstjeneste for øvrig er nøkkelfaktorer for å oppnå slike resultater. Vi ønsker gjerne HNTs bidrag til å kunne forsvare slike resultater også framover. Å miste tilgangen til ambulanse i kommunen vil dessverre virke i stikk motsatt retning.

- Statistikk viser at det er god utnyttelse og brukssekvens på ambulansen stasjonert på Snåsa
- I en diskusjon omkring kvalitet i ambulansetjenesten er tidsfaktoren trolig den aller viktigste.
Lokalisering av en ambulansetjeneste til Steinkjer eller Grong gir en uakseptabel svekkelse av beredskapen i forhold til øyeblikkelig hjelp grunnet vesentlig lengre urykkingstid. Avstanden er hhv. 30 km og 56 km, noe som vil øke utrykningstiden med hhv 26 minutter og 48 minutter. Det hjelper ikke pasienten at det er krav om to minutters utrykningstid når det uansett totalt sett tar betydelig lengre tid å nå pasienten. Med ambulansebil stasjonert i Snåsa har innbyggerne trygghet for rask henting, enten det er for å bli kjørt til legevakt eller til sykehus. De aller fleste transporter av pasienter fra Snåsa går til sykehuset i Levanger utifra tilhørighet og transporttid. Snåsa tilhører inntaksområdet for Sykehuset Levanger. Kvalitetsperspektivet er sterkere – ikke svakere - knyttet til tidsfaktoren enn før.
- Det er ingen dokumentasjon på at kvaliteten på ambulansepersonellet på ambulansen på Snåsa har dårligere kvalitet enn andre ambulanser. Ambulansetjenesten i Snåsa er av meget god kvalitet og har kortere utrykningstid enn de ti minuttene som kravet er i dag. Ambulansen har kvalifisert og stabil bemanning og får de beste skussmål av leger i Snåsa og legevakt på Steinkjer. Det er ca. 10 personer med godkjent utdanning bosatt på Snåsa i dag og det er ungdommer bosatt her som er i ferd med å utdanne seg, noe som gir signal om stabil tilgang til kompetanse og en god og framtidsrettet ambulansetjeneste i flere år framover. Når det gjelder effekter av samlokalisering av ambulansene for å hente inn fagmiljø- og andre fordeler, vil vi anbefale å utrede om primært Steinkjer og Snåsa (grunnet sykehus tilhørighet) eller Grong og Snåsa *samorganiseres rent faglig og administrativt, men slik at ambulansen er stasjonert på - og rykker ut fra – Snåsa*. Med tanke på faglig utvikling bør det utvikles muligheter for hospitering f, eks. på Steinkjer.
- Framtidig lokalisering av ambulanse i Snåsa vil være naturlig i tilknytning til utvidelse av Snåsa Helsesenter.

Vi ser med interesse på at ved samlokalisering kan Snåsa Kommune være med på en videreutvikling av et fagmiljø som er viktig for begge tjenester og der en kan se på tettere samarbeid mellom disse tjenestene lokalt. Kanskje kan et prosjektarbeid knyttet til dette være aktuelt?



HELSE NORD-TRØNDELAG
Saksnr: <u>11/359</u>
Reg.dato: <u>27.01.11</u>
Unnt.off: _____ Arkiv: <u>325</u>

Indre Namdal Regionråd 7870 Grong

**Helse Midt – Norge
RHF
Postboks 464
N-7501 STJØRDAL**

**Helse Nord-Trøndelag
Kirkegata 2
7600 LEVANGER**

**Dato
19.01.11**

MULIG ENDRING OG LOKALISERING AV AMBULANSETJENESTEN I INDRE NAMDAL

Kommunene i Indre Namdal fikk ved en tilfældighet kjennskap til at Helse Midt-Norge hadde satt ned et arbeidsutvalg med tre arbeidsgrupper for vurdering av ambulansetjenesten, AMK/nødmeldetjenesten og luftambulansetjenesten.

Arbeidsgruppe ambulanse hadde et relativt detaljert mandat hvor arbeidsgruppens rapport skal være noe av grunnlaget for arbeidet med prehospital plan i Helse Midt-Norge.

Regionrådet i Indre Namdal ble orientert om utvalgets rapport og konklusjoner på et møte i Grong 20. desember 2010. Kommunene i Indre Namdal er videre kjent med at arbeidsgruppens rapport er lagt fram for arbeidsutvalget og styringsgruppen i uke 2/ 2011. Regionrådet reagerer spesielt på at rapportens konklusjoner ikke i tilstrekkelig grad er basert på pasientens akutte behov og at innbyggerne i distriktskommuner også har krav på en akseptabel nærhet til prehospitale tjenester med akseptabel responstid av godt kvalifisert ambulansepersonell med muligheter til direkte kommunikasjon med legevaktjenesten og AMK.

Det er derfor med undring at arbeidsgruppen finner å konkludere med å legge ned dagens ambulansestasjoner i Røyrvik og Namsskogan og etablere en helt ny ambulansetasjon med en ambulanse på E – 6 akse Trones – Namsskogan. Konsekvensen av dette er at innbyggerne i de tettest befolkede områdene i disse kommunene får lengre responstid og nærheten til kommunale helse- og branntjenester ikke opprettholdes.

Utvalget foreslår også å ta bort ambulansen på Snåsa for å styrke Steinkjer med en dagbil. Videre at Snåsa dekkes med ambulanse fra Grong og Steinkjer.

Gjennomføres disse forslagen er det vår oppfatning at beredskapen i ambulansetjenesten i Indre Namdal blir sterkt svekket og blir på et nivå som ikke kan aksepteres.

Samhandlingsreformen har som målsetning en sterkere samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hvor flere helsetjenester bør gis nærmere pasienten/ innbyggeren. Ved å ta bort ambulansestasjoner i distriktene er dette et tiltak som har den motsatte virkning. Innbyggerne i distriktene legger stor vekt på at de har tilgang til en ambulansetjeneste med godt kvalifisert personell på en akseptabel responstid (max 25 min). Flere distriktskommuner har derfor prioritert å legge til rette for å kunne tilby ambulansestasjoner samlokalisert med brann, politi og andre helsetjenester der dette er naturlig og mulig. Ny ambulansetasjon i Røyrvik er derfor et meget godt eksempel på dette. Prehospitale nettverk har også tatt til orde for at det vil være viktig med en god samhandling mellom kommunale helsetjenesteoppgaver og ambulanspersonell. Viser også til rapport lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet i mars 2009 fra en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og bil- og båtambulansetjenesten.

Kommunene vil derfor også påpeke følgende :

Prosess

Helse Midt-Norge og/eller Helse Nord-Trøndelag har ikke kjørt forutgående høringsprosesser opp mot verken politisk ledelse i kommunene, legetjenesten, legevaktordningen eller andre fagfolk i primærhelsetjenesten forut for arbeidsgruppens konklusjon er ble trukket.

Helse Midt-Norge og Helse Nord- Trøndelag har forpliktet seg til å bedre samarbeidet gjennom basisavtalen og årlige samarbeidskonferanser der det sømløse helsevesen og bedre samarbeidsrutiner i forhold til felles pasienter er målet.

Regioner og kommuner hvor rapportens konklusjoner fører til en redusert akuttberedskap og ambulansetetthet må høres før endelig vedtak fattes.

Tidsperspektiv

Flytting av ambulansene er av arbeidsgruppen / Helse Midt-Norge begrunnet ut i fra ønske om å styrke kvaliteten på ambulansetjenesten.

Tidsfaktoren er sterkere enn noen gang vektlagt i de nye statlige forskriftene om ambulansetjenesten, med bl.a krav om to minutters utrykningstid. Konklusjonen er altså at kvalitetsperspektivet nå er sterkere – ikke svakere – knyttet til tidsfaktoren enn før. Det er derfor forbausende at arbeidsgruppen ikke legger vekt på den geografiske avstandsfaktor og klimatiske forhold når det konkluderes med at ambulansen i nevnte kommuner ssal flyttes eller legges ned. Pasientens trygghet, ved behov for øyeblikkelig hjelp, er ikke fokusert godt nok. For innbyggerne og pasienten, hvor utrykningstiden vil øke med 35 – 45 minutter vil derfor reaksjonstid på 2 eller 10 minutter være av mindre betydning. En slik økning i utrykningstiden vil ikke være tilfredsstillende for pasienten som trenger øyeblikkelig hjelp.

Viser for øvrig til den anbefalte nasjonale standard (NOU 1998 / Stortingsmelding 43 (1999-2000) som normsetter en veiledende responstid som innebærer at ambulansetjenesten ved hasteoppdrag skal nå 90 % av befolkningen i tettbygde strøk innen en tidsramme på 12 minutter mens normen i forhold til griskrendte strøk er satt til at 90 % av befolkningen skal nåes innen 25 minutter.

Kvalitet på tjenesten

Kommunene er ikke kjent med at det har vært noen utfordring med å skaffe kvalifisert ambulanspersonell, tilfredsstillende lokaler.

Ambulansetjenesten i nevnte kommuner har hatt relativt god, for ikke å si meget stor stabilitet på kvalifisert personell i ambulansetjenesten. Samhandling og samlokalisering med lege- og primærhelsetjenesten og brannetjenesten i er god i alle kommunene.

Framtidig tjeneste.

Kommunene i Indre Namdal er sterkt opptatt av å ha gode ambulansetjeneste lokalisert riktig i forhold til befolkningstetthet og annen kommunal infrastruktur. Flere kommuner i Indre Namdal har derfor investert i meget godt tilrettelagte lokaler. Trygghet for å få øyeblikkelig hjelp innen en akseptabel tid vil være en sterk medvirkende faktor til å opprettholde bolyst og trivsel i distriktskommunene i Indre Namdal.

Videre utgjør ambulansetjenesten viktig arbeidsplasser i alle kommunene. Arbeidsplasser med høy akuttkompetanse, som betyr mye i samhandlingen med primærhelsetjeneste til det beste for innbyggerne og tilreisende som får behov for akutt helsehjelp. Ambulansstrukturen i Indre Namdal er i dag tilfredsstillende bemannet og lokalisert for å kunne yte en forsvarlig helhetlig tjeneste innen rimelig tid, også ved flere samtidshendelser med behov for øyeblikkelig hjelp.

Luftambulansen vil heller ikke kunne erstatte stasjonære ambulanser med bakgrunn i at reaksjonstiden ikke blir redusert og luftambulansen er mer sårbar for klimatiske forhold i vinterhalvåret i Indre Namdal

Kommunene mener derfor å være godt forberedt for å kunne ha en god og framtidsrettet ambulansetjeneste i Indre Namdal, som med noen tilpasninger lett kan møte nye krav som vil komme innenfor prehospitale tjenester.

Røyrvik kommune

Magnar Namsvatn
Ordfører
Sign.

Snåsa kommune

Vigdis Hjulstad Belbo
Ordfører
Sign.

Namsskogan kommune

Kari Ystgård
Ordfører
Sign.

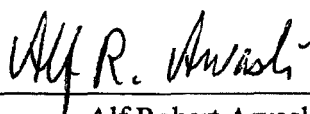
Grong kommune

Erik Seem
Ordfører
Sign.

Høylandet kommune

Lars Otto Okstad
Ordfører
Sign.

Lierne kommune og Indre Namdal Regionråd



Alf Robert Arvasli
Ordfører
Regionrådsleder IN

Kopi: Kolbjørn Almlid, Styreleder Helse Midt - Norge, Pb 464, N-7501 Stjørdal

Steinar Aspli, Styreleder Helse Nord – Trøndelag, Nærøy kommune, 7970 Kolvereid



LEKA KOMMUNE SÆRUTSKRIFT

Saksgang:

Utvalg:	Møtedato:
KOMMUNESTYRET	20.01.11

Saknr. Tittel:

01/11 Framtidig ambulansetjeneste i Leka kommune - Drøfting

Ordførers forslag til vedtak:
Betraktninger i nytt saksframlegg oversendes som Leka kommunes
uttalelse.

Administrasjonen bes ta med innspill framkommet i møtet i uttalelse som oversendes.

Votering: Forsalg til vedtak enstemmig vedtatt.

VEDTAK:

Betraktninger i nytt saksframlegg oversendes som Leka kommunes
uttalelse.

Administrasjonen bes ta med innspill framkommet i møtet i uttalelse som oversendes.

Uttalelse:

Ifølge NA fredag 07. januar foreligger det en uoffisiell, foreløpig rapport vedr. revisjon av ambulanseplan 2010. Kommunene ikke har fått noen henvendelser eller høringsutkast i forbindelse med saken.

Leka kommune ber Helse Midt RHF gi de berørte kommunene anledning til å uttale seg før vedtak blir fattet.

I likhet med Røyrvik kommune, er det avgjørende for den lokale beredskapen og for tryggheten til befolkningen at ambulanse er stasjonert på øya Leka, dette med bakgrunn i avstander og veistandard.

Den 19.04.2010 vedtok Leka kommunestyre i sak 26/10, høringsuttalelse til strategi 2020 for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge. Av den går det fram at en ambulanse stasjonert på Leka er sentral for det helhetlige helsetilbudet.

Leka kommune er Nord-Trøndelags nordligste kommune. Kommunen fordeler seg på hovedøyene Leka og Madsøya i tillegg til Gutvik på fastlandet. Kommunesentra og hoveddelen av befolkningen som bor på øya Leka er avhengig av ferjesamband eller lokalbåt for å komme seg til fastlandet. Lokalbåten har kommunikasjon med Namsos 1 gang per dag.

Standarden på veinettet og spesielt fylkesveier har ikke endret seg i betydelig grad de senere åra. Veistandarden fra Gutvik til Bogen på fylkesvei 771 er svært dårlig. Veien bærer preg av mangelfull grunnarbeid og vedlikehold. Veien er ujevn med farlige dumper og nedsenkinger i veien. Større kjøretøyer og ambulanse må kjøre sakte for å komme fram forsvarlig. I tillegg har reisetiden med daglig avgang hurtigbåt Leka – Namsos økt.

I høringsdokumentet beskrives at akuttkirurgisk beredskap samles til ett sykehus i hvert foretak og at dette sykehuset får status som akuttsykehus i tråd med anbefalingene i "Traumerapporten".

Ved alvorlige traumeskader vil det være behov for initial livreddende behandling (livreddende akuttkirurgiske nødprosedyrer) i løpet av 1-2 timer.

Hvis akuttpsykehuset blir lagt i Levanger og akuttfunksjoner nedlegges i Namsos, vil ambulansen få betydelig økt transportlengde når det gjelder akutt kirurgi, ortopedi og gyn/føde.

I dag er transporttiden med ambulanse fra Leka til Namsos (152 km) 2 timer og 25 minutter ved optimale forhold. Transport til Levanger vil totalt ha en transporttid på 4 timer (245 km). Fra Leka til St Olav vil transporttiden være på over 5 timer (320 km).

Økt transportlengde og transporttid innebærer en betydelig redusert ambulanseberedskap i kommunen og vil kreve økt prehospital bemanning med flere ambulansehelikopter og ambulanser.

Ved alvorlige traumeskader vil Leka være avhengig av transport med ambulansehelikopter med kort responstid. For eksempel helikopter i Namsos eller Kolvereid.

Leka kommune ivaretar i dag sin prehospitale akuttberedskap med 1 ambulanse bemannet 24/7 og lege stasjonert på øya. I tillegg blir det i enkelte akuttsituasjoner benyttet helikopter (NLA) stasjonert i Brønnøysund. Legen og ambulansen er avhengig av hverandres kompetanse og ressurser for å løse prehospitale akutte hendelser. Ambulansen stasjonært på øya Leka er i tillegg helt avgjørende for å kunne rekruttere leger til øya.

I deler av året er det umulig å benytte helikopter grunnet værforhold, i tillegg dekker helikopter et stort geografisk område, og kan være ute på annet oppdrag. Det samme gjelder landveis ambulansetransport da ferja er innstilt grunnet dårlig værforhold. Kommunen er derfor helt avhengig av å ha prehospital tjeneste i form av tilstedeværende ambulanse, lege og sykepleiere for å kunne ivareta en minimumstjeneste av akuttberedskap til kommunens innbyggere.

Landbruk er ei næring som sysselsetter mange av de yrkesaktive i kommunen. Dessverre er det ei næring som er på topp i dødsulykker i landet. Dette er også et moment som taler for at en ambulanse stasjonert på Leka er veldig viktig, fordi tid kan være svært avgjørende for forløpet av en hendelse.

Konklusjon:

Kommunestyret mener at med 152 km pluss ferje til sykehuset Namsos fra Leka, er det helt uaktuelt å forlenge turen til akuttmedisinsk beredskap.

En tur på over 2,5 time er mer enn nok, selv om tilstanden ikke er livstruende.

Dagens veistandard på fylkesvei 771 er slik at den tiden transporten tar forlenges.

Leka er avhengig av minimum 1 ambulanse for å kunne ivareta en minimumstjeneste av prehospital akuttberedskap i kommunen.

I Leka kommune har ambulansen en sentral plass i kommunens kriseplan.

Leka, 20.01.11

Utskrift sendt:

Helse Nord-Trøndelag, Postboks 333, 7601 Levanger
Helse Midt-Norge RHF, postboks 464, N-7501 Stjørdal
Kommunelege 1, Leka

Beathe Mårvik
f.sk.sekr.

Til utvalget for Ambulansedrift i Nord-Trøndelag.

Røyrvik, 23.01.2011

ORGANISERING AV AMBULANSETJENESTEN I NORD-TRØNDELAG

Det er med undring at Ambulansegruppa, ved Erlend Sundland, foreslår å legge ned Ambulansetjenesten i Røyrvik og samtidig foreslå at det kommunale deltidsbrannkorpset skal overta det Akuttmedisinske ansvaret.

Utvalget sammenligner/likestiller norsk og svensk Redningstjeneste. Gjennom de Grenseredningsrådet har organiseringen av Redningstjenesten på svensk og norsk side blitt presentert flere ganger. Noe som Erlend Sundland og Britt Karlsen bør være klar over.

I norske kommuner < 3000 innbyggere stiller myndighetene ikke krav om å ha noen form for vaktordning. Noen kommuner er valgt å ha en høynet beredskap i høytidshelger ut i fra en Risikovurdering. Deltidsbrannmannskapene bærer personsøker og ved utkalling blir minst 16 brannkonstabler varslet, hvor mange som møter kan være fra 0 til 16.

Den svenske deltidskören har døgnvakt blant sine mannskaper (fra 2 – 5 konstabler), med responstid på 5 minutter på dagtid.

Et norsk deltidsbrannkorps kan ikke ut i fra dagens organisering påta seg å være "First responder", ved akutt hjelp. At vi skal hjelp til ved behov er helt klart, men vil kan ikke overta Ambulansetjenesten i distriktene. Ved en organisering som utvalget foreslår vil tjenesten bli satt 30 år tilbake (med såkalte "brødkjørere").

Brann og redning er en kommunal oppgave og belaster de kommunale budsjettene. Akuttmedisin er en statlig oppgave, delegert til Helseforetakene.

Hvis Helseforetaket skal bygge ned ambulansetjenesten, bør de se på hele opplegget og legge responstid fra melding mottatt ved AMK til Ambulansen er hos pasienten. Hvis en da sammenligner tiden en Ambulanse bruker i fra, hvilken som helst lokalisering på, Namsskogan til Røyrvik vil det gå minst 35 minutter.

Hvis Helseforetaket har en policy at de er fornøyd med at pasienter nås i løpet av 35 minutter, da bør også ambulansetettheten i de bynære områder vurderes.

Jeg håper at "Ambulansegruppa" tar til fornuft og trekker forslaget om endring av ambulansetjenesten, da jeg ikke kan se at det har kommet nye momenter inn siden siste evaluering i 2003. (Jfr. Sintefrapport av 18.03.2003:"Utredning om prehospitale tjenester i Midt-Norge 2003 – Del I").

Som brannsjef i Namsskogan, Lierne og Røyrvik er jeg svært betenkt over situasjonen som våre mannskaper vil bli utsatt for, ved reduksjon av antall ambulanser i distriktet. Med økende trafikk langs E 6, gjennom Namsskogan, vil også dette medføre flere ulykker. Det er da betryggende å ha en akuttmedisinsk beredskap i nærheten. Det er ofte at Ambulansen i fra Røyrvik hjelper til, og enkelte ganger er første ambulanse på skadestedet ved trafikkulykker langs E 6.

Vi i grenseregionen har underskrevet en gjensidig samarbeidsavtale over landegrensen, hvor vi skal bistå hverandre ved ulykker /hendelser.

Svensk side har på Gäddede en brannstasjon med 4 personer på døgnvakt og 1 ambulanse, og i Röt Viken er det en brannstasjon med 2 personer på vakt (18:00 – 07:00) og har også da vakt på IVPA.

Norsk side har brannstasjon i Nordli og Sørli samt utkallingsmannskaper i Tunnsjø og en ambulanse i Nordli. Samt brannstasjon i Røyrvik og en ambulanse. Området er svært stort og det er lange avstander til sykehus, slik at ambulansene er lenge borte ved oppdrag. Gäddede ambulansen har 123 km til Strömsund, Lierne ambulansen har 125 km til Namsos, Røyrvik ambulansen har 145 km til Namsos og Namsskogan ambulansen har 125 km til Namsos, dette er avstander i fra lokalisering til sykehus. Det kan derfor være svært betryggende å ha flere ressurser i området.

Jeg håper derfor at Ambulansegruppa trekker sitt forslag til omorganisering av Ambulansetjenesten i Namdalen, før det legges fram for Styret i Helse Midt RHF.

Med hilsen



Kjell M. Skålvoll

Brannsjef i Lierne, Røyrvik og Namsskogan

Vedlegg: Avisutklipp fra NA 23.03.2010

Kopi:	Arne Flått,	Adm.dir Helse Nord-Trøndelag,
	Brit Karlsen,	Leder for AMK i Helse Nord-Trøndelag
	Jens Grimstad,	Leder for prehospitale tjenester i Helse Nord-Trøndelag
	Ole Jørgen Rødøy,	Rådmann i Røyrvik

NA



GRENSEAMBULANSE. Vi merker godt at det er blitt mye mer trafikk over grensa, forteller Frits Tolsås og Karen Marie Bruce i NTS Ambulanse i Lierne. Foto: Bjørn Tore Ness

Henter stadig flere i Sverige

JOSTEIN AARDAL 74 21 21 35 jostein.aardal@namdalsavisa.no

Publisert 22.03.2010 kl 21:38 Oppdatert 23.03.2010 kl 13:18

Nordtrønderske ambulanser i er stadig mer over på svensk side for å hente norske pasienter eller bistå svensker som trenger hjelp.

LIERNE: - Vi merker godt at det er blitt mye mer trafikk over grensa, forteller Frits Tolsås og Karen Marie Bruce i NTS Ambulanse i Lierne.

De er vant med å ferdes på svensk side og har ikke noe imot å bistå alle som behov for tjenestene.

Også leder for AMK i Helse Nord-Trøndelag, Bnt Karlsen, har registrert betydelig mer aktivitet av norske ambulanser i de svenske grensetraktene.

- Vi merker at det er blitt langt flere utrykninger til Sverige. Det gjelder alle områder i Nord-Trøndelag med grenseovergang til Jämtland, sier Karlsen.

Revidert avtale?

I 2009 var Helse Nord-Trøndelag i Sverige 35 ganger, mens svenske svenskene var på norsk side bare to ganger.

Økninga i oppdrag er en utvikling som har skjedd gradvis siden det ble inngått avtale om samarbeid mellom Helse Midt-Norge og helsemyndighetene i Jämtland for cirka ti år siden.

- Jeg tror det kan være grunn til å se på avtalen i lys av den økende aktiviteten, sier Karlsen.

Dette påpekes også i et brev som AMK-lederen i Nord-Trøndelag har sendt til Helse Midt-Norge.

- AMK Nord-Trøndelag registrerer at SOS Alarm i Østersund i stadig økende grad har bruk for våre ambulanser, og det på svensk side. Vi har som kjent en avtale om gjensidig bruk av hverandres ambulanseressurser over grensa.

- Vi er kjent med at ambulanseberedskapen i Sverige ble kraftig redusert for noen år tilbake, det er lange avstander, nærmeste ambulanse er i Järpen og nærmeste sykehus er i Østersund, påpeker AMK-leder Karlsen.

Hytter og hus i Sverige

En årsak til utviklinga er åpenbar. Det er blitt mange flere nordmenn som eier eller leier hytter og fritidshus på svensk side.

Det gjelder blant annet områdene Åre, Gåddede, Blåsjøen, og Storlien.

Men det kan også skyldes at den norske ambulansetjenesten kan komme raskest til unnsetning.

- Jeg har inntrykk av at beredskap på svensk side er blitt lavere - slik at vi i flere tilfeller nå kan være på plass først, sier Karlsen.

Når det dreier seg om norske pasienter som skal hjelp av spesialisthelsetjenesten, går ferden som regel tilbake til Norge og videre til Namsos, Levanger eller Trondheim.

- Vi har selvsagt kontakt med akutjenesten på svensk side. Men det er mer sjelden at «våre» pasienter sendes til sykehus i Østersund, forteller Karlsen.

Derimot kjører nordtrønderske ambulanse svenske pasienter i møte med nærmeste svenske ambulanse som så overtar transporten videre til Østersund.

Bodil Klev Urstad
Den Norske Jordmorforening
7760 Snåsa

HELSE NORD-TRØNDELAG	
Saksnr:	11/359
Reg.dato:	22.02.11
Unnt.off:	Arkiv: 225

Snåsa 26.jan 2011

Til
Administrerende direktør Arne Flaatt
Helse Nord-Trøndelag

Vedr. ambulanse og følgetjeneste i Snåsa.

Velkommen til Snåsa og takk for at du kommer hit i dag.

Vi som bor her på synes vi er heldige som bor på en sånn fin plass, med masse natur, store vidder, flotte fjell, Snåsavatnet, flora og fauna. En kommune som er større enn Vestfold Fylke i areal.

Her bor det mennesker som er glade i bygda si og jobber for tilflytting og økning av arbeidsplasser.

Jeg har vært jordmor i over 23 år og tatt imot mange snåsninger på sofaer i Snåsa og i ambulansen. Det har vært mange gledelige begivenheter, men også flere situasjoner der kompetanse, tid og samarbeid med ambulansepersonell har vært avgjørende for mor og barns liv og helse. Vi har lang vei og grender utover Snåsa sentrum som gjør at fødende kan ha 2 timers kjøring før de når sykehus.

Følgetjeneste og ambulanse i bygda gir gravide og fødende trygghet i en situasjon hvor dette er av stor betydning for at fødselen skal forløpe normalt og at mor og barn skal ha god helse. Vi har ingen å miste!

Nå er det planer som vil fjerne følgetjenesta for gravide. Jeg som jordmor ønsker jeg ikke å jobbe i svangerskapsomsorgen uten at følgetjenesta blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Og dette er noe som ikke kan beskrives med noen få ord på papiret.

Følgetjenesta kom i fokus etter Stortingsmelding 12 "En gledelig begivenhet"

Stortingsmelding 12 konkluderer med bl a.:

Det er naturlig å foreslå en til halvannen times reisevei som veiledende grense, men dette vil avhenge av kommunikasjonsforhold, hvor langt fødselen har kommet osv. Behovet for følgetjeneste må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Følgetjenesten skal ha kompetanse til å håndtere eventuelle transportfødsler og samtidig ivareta den fødendes behov for trygghet. I praksis vil det oftest være jordmødre som innehar slik kompetanse, men andre yrkesgrupper kan også være aktuelle.

Så foreligger det nå forslag om at ambulansen skal bort fra bygda og vi skal bruke ambulanse fra Steinkjer. Jeg regner med at du er kjent med strekningen Steinkjer- Snåsa og vet hvor lang tid dette tar.

Hvem skal ta vare på de fødende når vi ikke har jordmor, lege eller ambulanse på vakt fra kl 18.00- 08.00 hverdager og hele døgnet i helger? Min erfaring er i alle fall at fødsler starter på natt!

Det er med stor bekymring jeg ser hvilke planer Helse-Norge jobber med og registrerer at disse er dramatiske for oss småsnøringer.

Med gravide, fødende og kommende slekters ve og vel i tankene ber jeg om at det tas høyde for at vi fortsatt kan bo, føde barn, ha trygghet og kompetanse i flotte Snåsa-bygda.

La oss beholde trygghet og kompetanse i bygda!

Med vennlig jordmorhilsen

Bodil Klev Urstad.

Bodil Klev Urstad
Tillitsvalgt i DNJ



Røyrvik kommune
7898 LIMINGEN

HELSE NORD-TRØNDELAG	
Saksnr:	11/359
Reg.dato:	28.01.11
Unnt.off:	Arkiv: 325

Helse Midt – Norge
Strandveien
Postboks 464
7501 STJØRDAL

Helse Nord-Trøndelag
v/Adm.dir. Arne Flaot og styret i Helse Nord-Trøndelag
Kirkegata 2
7600 LEVANGER

MULIG FLYTTING AV AMBULANSETJENESTEN FRA RØYRVIK ER IKKE AKSEPTABELT.

Røyrvik kommune er blitt gjort kjent med at Helse Midt–Norge har nedsatt arbeidsgrupper for på nytt å vurdere ambulansetjenesten, AMK/ Nødmeldetjenesten og luftambulansetjenesten. Ambulansegruppen konkluderer i sin rapport med at ambulansen som i dag er lokalisert i Røyrvik skal flyttes til E–6 aksens Trones - Namsskogan.

Gruppen konkluderer med at ambulansestasjon i Røyrvik har problemer/ utfordringer med å rekruttere og beholde kompetent personell. Videre konkluderer de med at aktiviteten er lav og at det vil være bedre og samlokalisere Røyrvik og Namsskogan, med kasernert vakt på nevnte lokalisering/strekning. Dette påstår gruppen vil gi et sterkere fagmiljø, bedre rekruttering og aktiviteten for personellet økes. Røyrvik vil kunne dekkas fra Namsskogan og alternativt fra Lierne.

Røyrvik kommune kan ikke akseptere et slikt tiltak, som uten tvil vil føre til et dårligere helsetilbud til innbyggerne i Røyrvik. Særlig pekes på den opplagte og uakseptable svekkelsen av beredskapen i forhold til øyeblikkelig hjelp grunnet vesentlig lengre urykkestid. Ved etablering av felles legevakt for Indre Namdal i Grong var det også en klar forutsetning at dagens lokaliseringsstruktur ble opprettholdt. Sett i forhold til Samhandlingsreformens intensjon om en tettere samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, vil foreslått løsning være et klart brudd og svekkelse av beredskapen for innbyggerne i vår kommune.

Det må Helse Nord-Trøndelag ta hensyn til i relasjon til intensjoner om økt samarbeid til pasientenes beste uavhengig av nivå og geografi.

Røyrvik kommune valgte derfor ved siste anbudsrunde på ambulansetjenesten og etablere en moderne og tidsriktig lokalisering av ambulansetjenesten, samlokalisert med brann, politi og Røde Kors. Nært knyttet til kommunens Helse – og Omsorgssenter og i sentrum av kommunen.

Dagens ambulansestasjon tilfredsstiller alle tekniske og arbeidsmiljømessige krav som er stilt og som de ansatte og Namsos Trafikkselskap/Ambulanse er meget godt fornøyd med.

Røyrvik kommune forventer derfor at en eventuell ny vurdering og beslutning av lokalisering av ambulansene i Indre – Namdal legger mye større vekt på innbyggernes trygghet og sikkerhet for å kunne motta øyeblikkelig hjelp innen akseptabel tid.

Kommunen vil derfor påpeke følgende:

Prosess:

Helse Midt-Norge og/eller Helse Nord-Trøndelag har ikke kjørt forutgående høringsprosesser opp mot verken politisk ledelse i Røyrvik, legetjenesten, legevaktordningen eller andre fagfolk i primærhelsetjenesten i Røyrvik eller samarbeidende kommuner forut for arbeidsgruppens konklusjon er blitt trukket.

Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag har forpliktet seg til å bedre samarbeidet gjennom basisavtalen og årlige samarbeidskonferanser der det sømløse helsevesen og bedre samarbeidsrutiner i forhold til felles pasienter er målet.

Konklusjonen om å flytte ambulansen mener vi er begrunnet ut fra åpenbare faktafeil, hvor pasientens trygghet ved behov for øyeblikkelig hjelp ikke er fokusert godt nok. Kommunen er ikke kjent med at det har vært noen utfordring med å skaffe kvalifisert ambulanspersonell, tilfredsstillende lokaler og manglende fokus på betydelig økt utrykningstid.

Tidsperspektiv:

Flytting av ambulansen er av arbeidsgruppen / Helse Midt-Norge begrunnet ut i fra ønske om å styrke kvaliteten på ambulansetjenesten.

Tidsfaktoren er sterkere enn noen gang vektlagt i de nye statlige forskriftene om ambulansetjenesten, med bl.a krav om to minutters utrykningstid. Konklusjonen er altså at kvalitetsperspektivet nå er sterkere – ikke svakere - knyttet til tidsfaktoren enn før. Det er derfor forbausende at arbeidsgruppen ikke legger vekt på den geografiske avstandsfaktor og klimatiske forhold når det konkluderes med at ambulansen i Røyrvik skal legges ned og erstattes med en felles ambulanse med Namsskogan, lokalisert på E-6 akse.

For innbyggerne og pasienten, hvor utrykningstiden minimum vil øke med 35 – 45 minutter vil derfor reaksjonstid på 2 eller 10 minutter være av mindre betydning. En slik økning i utrykningstiden vil være avgjørende for pasienten som trenger øyeblikkelig hjelp.

Med ambulansen stasjonert i Røyrvik har innbyggerne trygghet for rask henting enten det er for å bli kjørt til legevakt eller til sykehus. Også ut fra logistikktenkning taler fakta mot å flytte ambulansen. De aller fleste transporter av pasienter fra Røyrvik går til sykehuset i Namsos ut i fra tilhørighet og transporttid. Røyrvik tilhører inntaksområdet for Namsos sykehus, og legevaktsamarbeidet Indre – Namdal lokalisert til Grong. I tillegg har Røyrvik kommune et legesamarbeid med Lierne kommune hvor legevaktsamarbeidet på dagtid i tre dager skjer mot lege i Lierne.

En eventuell alternativ oppdekning fra Namsskogan, Grong eller Lierne vil for Røyrvik ikke være akseptabel og vil bety en sterk svekkelse av akuttberedskapen i hele området i mange tilfeller. Det vil også føre til mye dobbelkjøring med økt belastning på så vel miljø som ambulanspersonell.

Kvalitet på tjenesten

Ambulansetjenesten i Røyrvik har og har hatt stor kontinuitet og kvalifisert personell tilgjengelig for tjenesten. Ambulansstasjon har i dag en bemanning på 4- 5 personer med bosted i Røyrvik kommune. Kompetansen til ambulansetjenesten er også viktig ressurs for samhandling med lege- og primærhelsetjenesten og brannetjenesten i kommunen. Kommunen er også kjent med at ambulanspersonellet også er i ferd med å ta videreutdanning i paramedic iht nye krav som er satt før 2017.

Framtidig tjeneste.

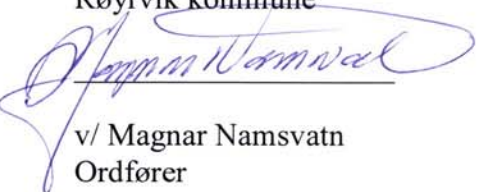
Røyrvik kommune er sterkt opptatt av å ha en god ambulansetjeneste lokalisert i Røyrvik. Kommunen har derfor investert i meget godt tilrettelagte lokaler. Disse er samlokalisert med brann, politikontor og kommunens uteseksjon. Trygghet for å få øyeblikkelig hjelp innen en akseptabel tid vil være en sterk medvirkende faktor til å opprettholde bolyst og trivsel i kommunen.

Videre utgjør ambulansetjenesten 4 – 5 arbeidsplasser/ bedrift med høy akuttkompetanse, som betyr mye i samhandlingen med primærhelsetjeneste som kommunen skal gi til alle innbyggerne og tilreisende turister.

Kommunen mener derfor å være godt forberedt for å kunne ha en god og framtidsrettet ambulansetjeneste lokalisert i Røyrvik, og Helse Midt - Norge bør se på ambulansen i Røyrvik som en mulighet til en bedre samlet tjeneste. Den kan supplere ambulansene i Indre Namdalen på en bedre måte ved flere samtidshendelser, som i dag. Etablering av en ny felles ambulansstasjon, vil også bety økte investeringskostnader i forhold til fortsatt å benytte en oppgradert stasjon. Økonomi synes derfor å være en faktor som ikke bør være avgjørende i forhold til den trygget som innbyggerne har krav på ved øyeblikkelig hjelp.

Røyrvik kommune krever derfor at ambulansstasjon i Røyrvik må opprettholdes.

Røyrvik kommune



v/ Magnar Namsvatn
Ordfører

Kopi:

Styreleder Kolbjørn Almlid

Olavegen 3, 7790 Malm

Styreleder Steinar Aspli

Lundsenget Naustbukta, 7970 Kolvereid

Til

Helse Nord Trøndelag

v/ Arne Flått

HELSE NORD-TRØNDELAG	
Saksnr:	2011/37
Reg.dato:	220211
Unnt.off:	Arkiv: 325

AMBULANSETILBUDET I SNÅSA

330 oppdrag i året bør fortelle at det må være behov for å ha en ambulanse stasjonert i Snåsa. Innbyggerne i bygda mener det er helt uakseptabelt med forslag om å flytte ambulansen til Steinkjer.

Snåsa kommune har et legevaktsamarbeid med Steinkjer kommune som tilsier at vi er uten legeberedskap i kommunen fra kl.18 -08 på hverdager og alle helger og høytidsdager. Bygda vil være ribbet for all akuttmedisinsk behandling på kveld, natt og helg.

Å høyne kvaliteten ved å sentralisere ambulansetilbudet stiller vi et stort spørsmålstegn ved?!

Alle ansatte på ambulansen i Snåsa er autorisert personale som er pliktig til å oppdatere seg i henhold til helsepersonelloven. De avlegger årlig prøve for å resertifisere seg på medikamenter og ambulansens operative tjenester, og jobber på større tjenester for å få mengdetrening. De får de beste skussmål av leger i Snåsa og legevakt på Steinkjer. Stabiliteten på personalet er god langt fram i tid. Det er folk som bor i bygda og kjenner de fleste av innbyggerne, noe bygda kjenner som en trygghetsfaktor. For pasienter som ofte har behov for ambulansetjeneste er dette en trygghet.

Dette handler om bolyst og trygghet, om å kunne bo og oppholde deg i en kommune der du får trygge og gode tjenester.

Utrykningstid: Bor du 10 minutter fra Snåsa sentrum har du for lang utrykningstid til at du kan få jobb i ambulansen på Snåsa. Med bil plassert på Steinkjer, hvor lenge må pasienten vente da? Det er store avstander i Snåsa og ikke alle bor i sentrum. På vinterføre må man påberope seg ekstra kjøretid.

Å bevare ambulansen i Snåsa må ses i sammenheng med at det er en styrke for beredskapen i nabokommunene.

Statistikk viser at ambulansen på Snåsa har kort utrykningstid. Snåsa har flere eksempler på at tidsfaktoren er avgjørende ved ø.hjelp/prehospital behandling, og ikke minst stabilisering av akutt syke pasienter.

Brannvesenet er ment å være en tilleggsressurs til ambulansen i forhold til at de har hjertestarter. I forslaget til å plassere bilen i Steinkjer er dette et argument. Dette er på en måte å holde bygda for narr. Hvilken fagkompetanse, medisinsk opplæring og delegering har denne ressursen? Ved en hjertestans er det i flere tilfeller ikke tilstrekkelig med bare gjenoppliving. Brannvesenet skal være en ressurs i tillegg til ambulansepersonellet ved en hjertestans, der det er behov for flere hender.

Ikke alle oppdrag er akutte, men uansett: Når det gjelder liv eller død, teller ikke gjennomsnittstall. Da gjelder det her og nå.

Et av argumentene til å flytte bilen fra bygda er at luftambulansen kan brukes i akutte situasjoner. Vi vet at vær og føreforhold er veldig avgjørende i slike tilfeller. Som oftest må pasienten flyttes/transporteres i ambulanse fra bopel til helikopteret. Ved å ha ambulansen nært har ambulanspersonell startet behandling og stabilisert pasientene i god tid før luftambulanse evt. er fremme.

KOLSpasienter med akutt forverring får behandling i egen heim av ambulansen. Disse pasientene får rask behandling og unngår sykehusinnleggelse.

Pleie- og omsorgstjenesten behandler mange av pasientene i egen kommune. Vi bruker ambulansepersonalets kompetanse og ferdigheter ved faglige utfordringer der vi trenger assistanse, noe som er en stor faglig trygghet når vi er på vakt på helg og natt.

Snåsa er kjent for lave tall for sykehusinnleggelser kombinert med kort liggetid. Vi tar imot ferdigbehandlede pasienter raskere enn andre kommuner. Vi vil hevde at stabil og dyktig legedekning, og en god og stabil pleie- og omsorgstjeneste for øvrig er nøkkelfaktorer for å oppnå slike resultater.

Behovene for å ha et oppegående tjenestetilbud vil øke i forhold til samhandlingsreformen. Behovet for å ha nærhet til ambulansepersonellet vil øke tryggheten til helsepersonellet som skal ivareta disse oppgavene. Vi ser nødvendigheten av å ha et bredt fagmiljø i kommunen.

Forslaget som nå foreligger vil være en sterk svekkelse av tjenestetilbudet og å gå tilbake i tid.

Med hilsen

Helsepersonell i Snåsa kommune.

Snåsa bygdekvinnelag



Røyrvik kommune

Ordfører



Helse Nord - Trøndelag v/ Styret
Kirkegata 2

7600 LEVANGER

HELSE NORD-TRØNDELAG	
Saksnr:	2011/359
Reg.dato:	28.02.11
Unnt.off:	Arkiv: 325

Vår ref:
11/135-2-MNA

L.nr.
723/11

Arkiv:
H06

Deres ref:

Dato:
24.02.2011

MULIG FLYTTING AV AMBULANSETJENESTEN FRA RØYRVIK ER IKKE AKSEPTABELT

Røyrvik kommune og kommunestyret ble ved en tilfældighet gjort kjent med at Helse Midt – Norge hadde nedsatt arbeidsgrupper for å vurdere på nytt ambulanse-, AMK- og luftambulansetjenesten i region Midt.

Røyrvik kommunestyre vil sterkt beklage at de prosesser som skjer rundt definerte tema ikke gir åpning for en sterkere involvering fra de distriktskommuner som spesielt blir berørt og omtalt i arbeidsgruppene konklusjoner/forslag.

Kommunestyret er av den oppfatning at berørte kommuner burde blitt informert og hørt før saken tas opp til behandling i respektive styre i mars/ april 2011.

Det er kommunestyrets oppfatning at fjerning av ambulansen fra en oppdatert, godt utrustet og lokalisert ambulansestasjon, har som konsekvens;

- Større usikkerhet og tap av trivsel og bolyst hos innbyggerne i kommunen
- Ikke akseptabel utrykningstid til pasienter i et område med store avstander, geografiske og klimatiske utfordringer. I dag når ambulansen over 70% av kommunens innbyggere i løpet av 10 min. Alternativt forslag vil ha som konsekvens at denne tiden i beste fall øker med 30 – 40 minutter.
- Svekkelse av akuttberedskap og akuttkompetanse i distriktet, som vi mener ikke er i tråd med de føringer og målsetninger som ligger i samhandlingsreformen.
- Ikke gir økonomisk besparelse i et samfunnsøkonomisk perspektiv.
- Antall oppdrag på en bil kan øke, men ikke nødvendigvis flere oppdrag pr. ansatt, som var et argument for bruk av kompetanse.
- Med en felles bil (Røyrvik/ Namsskogan) vil kapasiteten i akuttfasen bli betydelig svekket.
- Medføre flere samtidighetskonflikter, hvor utrykningstiden og beredskap i region ikke vil være akseptabel

Postadresse:
Ordfører
7898 Limingen
E-post: postnottak@royrvik.kommune.no
www.royrvik.kommune.no

Sentralbord: 74 33 63 00
Telefaks: 74336301
Saksbehandler tlf: 74336310

Postgiro: 7874.05.95244
Bankgiro: 4448.10.01606
Postgiro for skatt: 7855.05.17395
Org. nr: NO 964 982 120

Videre vil kommunestyret påpeke at;

- Ambulansestasjon i Røyrvik er oppgradert så sent som i 2008 og har kapasitet til å etablere kassenert vakt om ønskelig, uten å forta ytterligere investeringer.
- Alle ansatt tilfredsstiller de kvalifikasjonskrav som er pålagt i dag og det pågår for tiden videreutdanning innenfor paramedic som sannsynlig vil være et krav fra 2017.
- Stasjonen er lokalisert i sentrum, sammen med brann, Røde Kors og i tilknytning til helse- og omsorgssentret
- Felles legevaktjeneste med Lierne kommune på dagtid og med alle kommunene i Indre Namdal på kveld og natt

Kommunestyret krever derfor at dagens lokaliseringssteder i Indre Namdal og spesielt i Røyrvik opprettholdes, da intensjonen med samhandlingsreformen skal sikre bedre helhetlige helse- og akuttjenester uavhengig av bosted og avstand til sykehus. Dette er avgjørende for at innbyggere / pasienter skal kunne føle trygghet og få behandling rask gjennom prehospitale tjenester innenfor akseptabel tid.

Hans Oskar Deuk
Ordfører

div Tømmerno-Reitan Berit Frøen Per Johan Rørk

Janne Aspnes Arnt Michelsen Anne-Helene Herseth

Hildi F. Thomasson Uldi Hansen Rolf Heggli

Leif Arne Snorre Johansen div Rørk



Midtre Namdal samkommune

Administrasjonssjef Midtre Namdal samkommune

Flere adressater:

Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord-Trøndelag HF
KS Nord-Trøndelag

Melding om vedtak

Vår ref:
2011/1932-2

Deres ref

Saksbehandler
Torunn Grønnesby 97660648

Dato
17.03.2011

Prehospitale tjenester - uttalelse

Vedlagt følger utskrift av behandling og vedtak i ovennevnte sak, behandlet i Midtre Namdal Samkommunestyre den 11.3.11.

Behandling i Midtre Namdal samkommunestyre - 11.03.2011

Komiteens behandling var ettersendt til møte;

Behandling i Komite helse, barn og velferd – 07.03.2011:

Administrasjonssjefens forslag til innstilling vedtas.

Forslag fra repr. Stene om endring i første setning i pk. 3 der ordet "bør" erstattes med "skal".

Forslag fra repr. Rustad Rian om et tillegg til pk. 2, 2. avsnitt, 1. setning:

"...og at begrepet geografi vektlegges."

Ved alternativ votering mellom innstillingen fra komité helse, barn og velferd og forslaget fra repr. Stene, ble forslaget fra repr. Stene enstemmig vedtatt.

Ved alternativ votering mellom innstillingen fra komité helse barn og velferd og forslaget fra repr Rustad Rian, ble forslaget fra repr. Rustad Rian vedtatt med 16 mot 5 stemmer for innstillingen.

Vedtak i Midtre Namdal samkommunestyre - 11.03.2011

Samkommunestyret i Midtre Namdal samkommune vedtar følgende uttalelse om Helse Midt-Norge HF sitt arbeid med rullering av prehospital plan:

1. Generelt

Postadresse
Postboks 333 Sentrum

7801 NAMSOS
E-post:
postmottak@namsos.kommune.no

Besøksadresse
Abel Margrethe Meyers gt. 12,
Namsos

Telefon
74217100

Telefaks
74217101

Kontonr
Bank: 1644.24.28682

Skatt: 7855.05.17034
Org.nr

Samkommunestyret i Midtre Namdal beklager at denne saken kommer opp som en intern utredning og med påfølgende intern høring uten at HMN tar saken opp til diskusjon med kommunene i Midt-Norge direkte. Vi er kjent med saken via media og senere styrets behandling i HNT. Saken er ikke sendt til høring fra HMN til kommunene, men vi vil allikevel med dette tilkjenne følgende synspunkter.

2.Ambulansetjenesten i Nord-Trøndelag

Samkommunestyret har ingen synspunkter på hvorvidt ambulansetjenesten fortsatt skal være privat drevet virksomhet, eller om den skal drives av helseforetaket. HNT skal med bakgrunn i kunnskap om lokal geografi, demografi i NT og fremtidens behov for ambulansetjeneste, utarbeide plan for ambulansetjenesten i NT, herunder driftsform, antall biler, stasjonering, bemanning, turnusordning med mer. Arbeidet med ambulansetjeneste for NT må skje i direkte dialog med kommunene i NT. Strategi 2020, samhandlingsreformen og legevaksorganiseringa vil føre til økt ambulanseaktivitet og økt krav til kompetanse.

I forhold til enkeltstasjoner nevnt i høringsutkastet, må det på plass en direkte dialog med de berørte kommunene og at begrepet geografi vektlegges. Vi vil også understreke betydningen av også å ha dialog med de andre kommunene i NT som indirekte vil bli berørt av eventuelle endringer i dagens struktur.

3.AMK-sentraler

Samkommunestyret mener at det skal være en AMK-sentral for hvert foretak.

Dagens AMK-sentral i Namsos skal opprettholdes som AMK for NT.

AMK og ambulanseområder må være sammenfallende for best funksjonalitet.

AMK må ha full disposisjonsrett over ambulansetjenesten i sitt funksjonsområde, og ansvar for økonomi og drift av ambulansetjenesten må følge AMK-området.

Samkommunestyret har bl.a. lagt følgende til grunn for sine vurderinger:

Det er en utfordring å holde orden og oversikt over de ulike interkommunale legevaktssamarbeid, de varierer i løpet av døgnet og hvilke kommuner som inngår i et vaktistrikt. Færre sentraler fører til større områder og utfordringer knyttet til å ha oversikt til enhver tid.

Fortsatt AMK-sentral i NT fordi:

- Funksjonelle og oversiktelige områder beholdes i fht. samhandling
- Tilgang til journalsystem uproblematisk
- Jobbrotasjon beholdes
- Beredskap for sykehus/foretak opprettholdes
- Unødvendig å opprette kommunikasjonsknutepunkt
- Lønnskostnader med dagens bemanning og kommunal medfinansiering lavere enn andre modeller
- Volumet av henvendelser per operatør er tilfredsstillende
- Regelmessige møter med samarbeidspartnere kan gjennomføres
- Kontaktmøter kommuner kan gjennomføres

Vår ref. 2011/1932–2 bes oppgitt ved henvendelse.

Med hilsen


Torunn Grønnesby
Formannskapssekretær

Kopi til:

Jostein Hildrum	Ordfører Midre Namdal samkommune
Trond Stenvik	Administrasjonssjef Midtre Namdal samkommune
Hege Sørli	Rådmann i Namsos
Rønnaug Aaring	Rådmann Fosnes
Kjell Einvik	Fung. Rådmann Namdalseid



NORD-TRØNDELAG
FYLKESKOMMUNE

Saksbehandler: Guri Wist
Saksnr.: 11/00776-5
Arkiv: 40

HELSE NORD-TRØNDELAG	
Saksnr:	11/1233
Reg dato:	25.03.11
Unnt.off:	Arkiv: 305

Dato: 23.3.2011

Ugradert

Styret i Helse-Nord-Trøndelag
Postboks 333
7601 Levanger

Styret i Helse Midt-Norge
Postboks 464
7501 Stjørdal

**Vedr. interpellasjon i Fylkestinget, Nord-Trøndelag fylkeskommune 3.3.2011
om: *Dårlige helseforslag truer bosettingen***

Oversender interpellasjonen i Fylkestinget, Nord-Trøndelag fylkeskommune
3.3.2010, fylkesrådets svar på interpellasjonen og Fylkestingets vedtak.

Med hilsen

Guri Wist
Folkehelserådgiver NTFK

Vedlegg:

Utskrift fra saksprotokoll

Fylkestinget

Nord-Trøndelag fylkeskommune

SAKSPROTOKOLL

Interpellasjon nr. 11/2

Hilde Tyldum Stordahl (SV): Dårlige helseforslag truer distriktsbosettinga

Behandlet/Behandles av	Møtedato	Int. nr .
Fylkestinget	3.3.2011	11/2

Saksbehandler: Kari Strand
Arkivsak: 11/00776
Arkivkode: 40

Fylkestingets vedtak, fattet i plenum 3.3.2011

Fylkestinget er tilfreds med signalene fra helseforetaket om at man er godt fornøyd med dagens ambulansetjeneste. Det er viktig for fylkestinget at alle innbyggere beholder et ambulansetilbud minst på nivå som i dag når det gjelder utrykningstid fra ambulansestasjon. Vi oppfordrer styrene i helseforetakene til å holde fast ved strukturen i ambulansetilbudet i fylket.

Saksbehandling/Saksgang

Dårlige helseforslag truer distriktsbosettinga

Nylig ble det foreslått å redusere ambulanseredskapen blant annet i Snåsa, Røyrvik og Leka. Stadig ymtes det frampå om å legge ned fødeavdelingen i Namsos. Det har vært uro rundt rehabiliteringsplasser og pasienttransport. Nå er det også foreslått å sentralisere AMK-tjenesten.

Uavhengig av konklusjoner skaper disse stadige forslagene uro rundt helsetilbudet i fylket. Folk føler seg ikke trygge på om de som bor lengst unna sentrale strøk vil få beholde et trygt helsetilbud.

Det seneste eksemplet med forslag om økt kjøretid for ambulansen i enkelte utkantskommuner (opp til 45 minutter) er skremmende, når vi samtidig vet at tid er en viktig faktor når man skal redde liv. Adm. dir i Helse Midt-Norge Gunnar Bovim sto på talerstolen i fylkestinget i april i fjor og sa at når sykebilen kommer, har vi flyttet akuttmottaket ut. Han sa at vi har meget kompetent personell og at det er en god kompetanse på sykebilene i Nord-Trøndelag. Og ikke minst la han stor vekt på at man kan nå pasientene fort og starte behandlingen umiddelbart. Forslaget om å redusere i ambulansetjenesten går helt på tvers av dette.

Uavhengig av om dette forslaget blir vedtatt eller ikke, vil jeg stille følgende spørsmål til fylkesrådet:

1. Mener fylkesrådet at de stadige forslagene om sentralisering av helsetjenestene er et problem i forhold til å kunne garantere alle innbyggerne et likeverdig helsetilbud?
2. Hvis ja; hva kan/vil fylkesrådet gjøre med dette?
3. Anser fylkesrådet at disse forslagene skaper utrygghet og i ytterste konsekvens er et problem både for rekruttering til viktige stillinger i helsevesenet og for å beholde spredt bosetting i fylket?
4. Hvis ja; hva kan/vil fylkesrådet gjøre med dette?

Fylkestingets behandling i plenum

Interpellasjonen ble behandlet i møte 2.3.2011.
Votering over forslag ble foretatt i møte 3.3.2011.

Hilde Tyldum Stordahl la fram interpellasjonen.

Fylkesråd for miljø, Johannes Sandstad, svarte slik:

Hilde Tyldum Stordahls interpellasjon setter ord på noe av den bekymringen som rører seg i befolkningen når det gjelder spesialisthelsetjenestens tilstedeværelse for folk i utkantene. Dette handler om trygghet for at alle skal få den hjelpen de trenger, uavhengig av hvor i fylket de bor. Opplevelse av trygghet er av overordnet betydning for bolyst og bosetting i distriktene.

Nå er det heldigvis slik at heller ikke helsetjenester er uforanderlige. Innholdet i helsetjenestene forandrer seg i takt med ny kunnskap, bedre behandlingsmetoder og bruk av stadig mer avansert teknologi. Vi har i dag et bedre helsevesen, også hva gjelder akuttberedskap enn vi noen gang har hatt.

De omtalte endringene har også effekter som medfører endringer i måten helsetjenestene gjøres tilgjengelig for befolkningen.

Noen endringer vil måtte medføre at helsetjenester sentraliseres, mens andre har en motsatte effekt. Begge er en følge av det jeg oppfatter som helsevesenets ønske og mulighet til stadig å kunne tilby bedre tjenester.

Så til spørsmål 1: De er en bred aksept for at de nyeste og mest avanserte behandlingstilbudene tilbys på de største og mest avanserte sykehusene.

Dette er samtidig en vesentlig grunn for at det skjer en desentralisering av tjenester fra det sykehus hvor nye og bedre metoder tas i bruk. I vår region vil det være St. Olavs Hospital som ivaretar denne rollen. Helse Midt-Norge har et erklært mål om at "St. Olav" skal bidra til å gjøre de andre sykehusene gode.

Jeg deler for øvrig interpellantens bekymring for tilgjengeligheten av akuttmedisinsk hjelp. For noen områder og pasienter kan dette medføre uakseptabel lang reisetid til behandling. Det er likevel ikke alltid gitt hva som er å foretrekke av litt kortere tid før en ankommer sykehuset eller høyest mulig kompetanse i den ambulansen som kommer, selv om det skulle være litt senere.

Spørsmål 2: Fylkesrådet fremmer sitt syn i dialogmøter med Helse Midt-Norge, bekymringen for lang reisetid for de berørte områdene vil her bli framholdt. Akuttberedskap handler i stor grad om samferdsel. Her er god framkommelighet på vegene en hovedsak, dette er sterkt vektlagt i gjeldende fylkesvegplan.

Forøvrig arbeider fylkesrådet kontinuerlig med å utvikle bedre kollektive trafikktilbud. Dette omfatter både styrking av stamruter, og behovsstyrte løsninger for tilbringer- og servicetransport.

Spørsmål 3: Forslag om endringer i tilbudet innenfor helsetjenestene, får som regel stor oppmerksomhet. Dette er forståelig, men kan i seg selv være problematisk da det lett skapes inntrykk som ikke står i forhold til realitetene. Slike inntrykk blir gjerne selvforstøkende og skadelig både for opplevd trygghet og for bosetting.

Spørsmål 4: Fylkesrådet vil arbeide for at alle fylkets innbyggere så langt det er mulig skal ha et likeverdig helsetilbud.

Trygghet handler også om tillit til at det er åpenhet omkring slike spørsmål.

Selv om dette ikke er nye problemstillinger for Helseforetaket vil jeg framholde betydningen av dette. Jeg vil også framholde foretakets betydning innen andre områder enn de rent behandlingsmessige.

Helseforetaket er regionens største foretak. Det forventes at foretaket foretar en grundig vurdering av alle sider av slike endringer før de iverksettes. Dette gjelder også forhold som har med bolyst og generell rekruttering å gjøre.

Følgende hadde innlegg:

Hilde Tyldum Stordahl (SV), Vigdis Hjulstad Belbo (Sp), Elin Agdestein (H), Endre Lysø (Ap), Joar Olav Grøtting (H), Endre Skjervø (Frp), Arnfinn Monsen (SV), Trond Prytz (V).

FORSLAG:

Hilde Tyldum Stordahl på vegne av Sosialistisk Venstreparti:

Fylkestinget er tilfreds med signalene fra helseforetaket om at man er godt fornøyd med dagens ambulansetjeneste. Det er viktig for fylkestinget at alle innbyggere beholder et ambulansetilbud minst på nivå som i dag når det gjelder utrykningstid fra ambulansestasjon. Vi oppfordrer styrene i helseforetakene til å holde fast ved strukturen i ambulansetilbudet i fylket.

VOTERING:

Forslaget ble enstemmig vedtatt.

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 03.02.11 kl. 09.00 – 14.35
Møtested: Quality Airport Hotell, Stjørdal
Saksnr.: 19/11-26/11
Arkivsaksnr.: 2011/11

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid
Toril Hovdenak
Asmund S. Kristoffersen
Bjørge Henriksen
Ingegjerd Sandberg
Jan Magne Dahle
Ellen Marie Wøhni
Kirsti Leirtrø
Olav Huseby
Ivar Gotaas
Merethe Storødegård

Forfall:

Perny-Ann Nilsen
Joar Olav Grøtting

Regionalt brukerutvalg:

Elin Gulvåg
Roy Alexander Farstad

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim
Rådgiver Rita Bjørgan Holand (referent)
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik
Økonomidirektør Anne Marie Barane
Direktør for samhandling Daniel Haga
HR direktør Sveinung Aune (fram til lunsj)
Seniorrådgiver Trond Håvard Eidet (etter lunsj)
Kst. Direktør for Helsefag, forskning og utdanning Henrik A. Sandbu

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 27.01.11. Sakspapirer, med unntak av sak 20/11 ble samme dag lagt ut i styreadministrasjonen. Sak 20/11 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. 31.12.10 ble 31.01.11 lagt ut i styreadministrasjonen. 01.02.11 ble nytt saksframlegg til sak 20/11 og vedlegg til sak 24/11
Medieanalyse lagt i styreadministrasjonen.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 31.01.11
- referatsak "Uttalelse om framtidig ambulansetilbud i Sunndal kommune"
- referatsak "Uttalelse om framtidig ambulanse i Surnadal kommune"
- Sak 21/11 vedlegg Drøftingsprotokoll
- Sak 22/11 ny 1. side (forslag til vedtak)
- Mail fra Vestnes kommune ved ordfører

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen, og orienterte om besøk fra Helse- og omsorgskomiteen 27. og 28.01.11.

Styremedlem Bjørg Henriksen ba, - på bakgrunn av henvendelser fra medisinstudenter, om orientering vedr mangel på turnusplasser. Dette vil bli gitt i neste styremøte

Det var ingen kommentarer til innkallingen.

Sak 19/11 Referatsaker

- Møte i Regionalt brukerutvalg 31.01.11
- Uttalelse fra Leka kommune "Framtidig ambulansetjeneste i Leka kommune – Drøfting" (Særutskrift fra kommunestyret)
- Uttalelse fra LHL Leka "Vedr. ambulansetjenesten i Leka kommune"
- Uttalelse fra Indre Namdal Regionråd "Mulig endring og lokalisering av ambulansetjenesten i Indre Namdal"
- Uttalelse fra Røyrvik kommune "Mulig flytting av ambulansetjenesten fra Røyrvik er ikke akseptabel"
- "Uttalelse om framtidig ambulansetilbud i Sunndal kommune"
- "Uttalelse om framtidig ambulanse i Surnadal kommune"

Sak 20/11 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.12.2010

Forslag til vedtak:

1. Helseregionen nådde ikke de krav og mål som var satt for 2010, men styret konstaterer at det har vært en riktig utvikling både for aktivitet og de ulike kvalitetsindikatorer. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger vekt på at dette gir et godt grunnlag for full måloppnåelse i 2011.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at Helse Midt-Norge leverer et foreløpig resultat som ligger samlet 149 mill kr foran nytt resultatkrav.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen av bemanning og sykefravær pr desember 2010 til etterretning.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om Strategi 2020 til etterretning

5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om NPSS til etterretning

Protokoll

Styremedlem Merethe Storødegård fremmet forslag om tillegg til pkt. 3

.....Styret er ikke fornøyd med utviklingen av sykefraværet siste perioden i 2010. Styret ber om ekstra fokus på dette og mulig ekstra tiltak for å snu denne utviklingen

Det ble først stemt over punktene 1,2,4 og 5. Disse ble enstemmig vedtatt.

Videre ble det stemt over adm. dir forslag til vedtak pkt. 3. Dette ble enstemmig vedtatt.

Til sist ble det stemt over styremedlem Merethe Storødegård sitt forslag om tillegg til pkt. 3. Dette ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Helseregionen nådde ikke de krav og mål som var satt for 2010, men styret konstaterer at det har vært en riktig utvikling både for aktivitet og de ulike kvalitetsindikatorer. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger vekt på at dette gir et godt grunnlag for full måloppnåelse i 2011.

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at Helse Midt-Norge leverer et foreløpig resultat som ligger samlet 149 mill kr foran nytt resultatkrav.

3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen av bemanning og sykefravær pr desember 2010 til etterretning. Styret er ikke fornøyd med utviklingen av sykefraværet siste perioden i 2010. Styret ber om ekstra fokus på dette og mulig ekstra tiltak for å snu denne utviklingen

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om Strategi 2020 til etterretning

5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om NPSS til etterretning

Sak 21/11 Revisjon av Prehospital plan for Helse Midt-Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn det overordnede prinsipp om at befolkningen skal gis nødvendig spesialisthelsetjeneste av høy kvalitet og med god tilgjengelighet, og at dette er førende også for de prehospitaltjenestene.

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om HF-styrenes vurdering av de avledede prinsipielle spørsmål som fremgår av saken.

3. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at adm. direktør i samarbeid med KS innhenter kommunenes syn på de avledede prinsipielle spørsmålene i saken.

4. Styret ber det enkelte HF-styret kommentere stasjonering av ambulansene i sitt område i samarbeid med de berørte kommunene.

5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar stilling til prehospita plan i styremøte i april/mai.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn det overordnede prinsipp om at befolkningen skal gis nødvendig spesialisthelsetjeneste av høy kvalitet og med god tilgjengelighet, og at dette er førende også for de prehospitale tjenestene.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om HF-styrenes vurdering av de avledede prinsipielle spørsmål som fremgår av saken.
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at adm. direktør i samarbeid med KS innhenter kommunenes syn på de avledede prinsipielle spørsmålene i saken.
4. Styret ber det enkelte HF-styret kommentere stasjonering av ambulansene i sitt område i samarbeid med de berørte kommunene.
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar stilling til prehospita plan i styremøte i april/mai.

Sak 22/11 Oppfølging og risikovurdering av eiers samlede styringsbudskap 2011

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar administrerende direktørs redegjørelse om hvordan det regionale helseforetaket har tilrettelagt for ivaretagelse og oppfølging av styringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet som er formidlet gjennom oppdragsdokumentet og protokoll fra foretaksmøtet, til etterretning.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar videre risikovurderingen i vedlagte matrise over oppfølgingspunkter i forhold til eiers styringsbudskap, til orientering.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om en ny risikovurdering i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om å få seg forelagt en kortfattet rapport som viser det regionale helseforetakets oppfølging av departementets styringskrav, samt underliggende helseforetakets oppfølging av styringskrav gitt i styringsdokument og protokoll fra foretaksmøtet i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.

5. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at det rettes særskilt fokus på å redusere ventetidene slik at målet på gjennomsnittlig ventetid på 65 dager nås.

Protokoll

Adm. dir. endret innledningsvis sitt forslag til pkt 5

Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at det rettes særskilt fokus på å nå målene innen de områdene som vurderes å ha størst risiko og konsekvens

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar administrerende direktørs redegjørelse om hvordan det regionale helseforetaket har tilrettelagt for ivaretagelse og oppfølging av styringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet som er formidlet gjennom oppdragsdokumentet og protokoll fra foretaksmøtet, til etterretning.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar videre risikovurderingen i vedlagte matrise over oppfølgingspunkter i forhold til eiers styringsbudskap, til orientering.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om en ny risikovurdering i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om å få seg forelagt en kortfattet rapport som viser det regionale helseforetakets oppfølging av departementets styringskrav, samt underliggende helseforetaks oppfølging av styringskrav gitt i styringsdokument og protokoll fra foretaksmøtet i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at det rettes særskilt fokus på å nå målene innen de områdene som vurderes å ha størst risiko og konsekvens

Sak 23/11 Oppfølging av vedtak i sak 10 fra Foretaksmøte 25.01.2011

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt Norge RHF ber om at valgkomiteen trer sammen for å utarbeide innstilling til styre i det sammenslåtte helseforetaket mellom Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF. Foretaket skal være etablert innen 01.07.2011.
2. Styret ber administrerende direktør om å legge fram en sak på styremøtet i mars hvor det redegjøres for planer knyttet til gjennomføring av prosessen med å slå sammen de to helseforetakene.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt Norge RHF ber om at valgkomiteen trer sammen for å utarbeide innstilling til styre i det sammenslåtte helseforetaket mellom Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF. Foretaket skal være etablert innen 01.07.2011.
2. Styret ber administrerende direktør om å legge fram en sak på styremøtet i mars hvor det redegjøres for planer knyttet til gjennomføring av prosessen med å slå sammen de to helseforetakene.

Sak 24/11 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at vedtak i sak 18/11 utgår.

I styremøte 03.02.11 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- DMS – organisering
 - Avklaringer i foretaksmøte vedr. tilbud fra Molde kommune og GassROR om finansiering av nytt sykehus i Molde
 - Orientering fra styreleder
- NOU 2010:13 ”Arbeid for helse – sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren”

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at vedtak i sak 18/11 utgår.

Sak 25/11 Eventuelt

Ingen saker under eventuelt

Sak 26/11 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoller fra møte 21.01.11 og 03.02.11 ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 03.02.11

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storødegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dahle

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtro

Ivar Gotaas

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøbni

Bjørn Henriksen

Helse Nord-Trøndelag HF
St. Olavs Hospital HF
Helse Nordmøre og Romsdal HF
Helse Sunnmøre HF
Kommunenes sentralforbund Nord-Trøndelag
Kommunenes sentralforbund Sør-Trøndelag
Kommunenes sentralforbund Møre og Romsdal

Vår ref.
2011/128 - 942/2011

Deres ref.

Saksbehandler
Steinar Bjørås,

Dato
07.02.2011

Høringsbrev prehospital plan for Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har siste år gjennomført arbeid med revisjon av prehospital plan. Dette arbeidet har vært utført i nært samarbeid med representanter fra HFene og regionalt brukerutvalg.

Det er underveis i arbeidet gjennomført to dialogmøter med deltakere fra helseforetak, ambulansedrivere m/tillitsvalgte og kommunene i Midt-Norge.

Prehospital plan ble behandlet på styremøte i Helse Midt-Norge 3/2-11 hvor styret gjorde følgende vedtak:

1. *Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn det overordnede prinsipp om at befolkningen skal gis nødvendig spesialisthelsetjeneste av høy kvalitet og med god tilgjengelighet, og at dette er førende også for de prehospitaltjenestene.*
2. *Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om HF-styrenes vurdering av de avledede prinsipielle spørsmål som fremgår av saken.*
3. *Styret for Helse Midt-Norge ber om at adm.direktør i samarbeid med KS innhenter kommunenes syn på de avledede prinsipielle spørsmålene i saken.*
4. *Styret ber det enkelte HF-styret kommentere stasjonering av ambulansene i sitt område i samarbeid med de berørte kommunene.*
5. *Styret i Helse Midt-Norge tar stilling til prehospital plan i styremøte i april/mai.*

De prinsipielle spørsmål

Helse Midt-Norge RHF sender med dette til høring de prinsipielle spørsmål som revisjon av prehospital plan for Helse Midt-Norge har ledet til.

Høringen sendes til alle styrene i helseforetakene i Helse Midt-Norge og Kommunenes Sentralforbund Midt-Norge.

Videre legger Helse Midt-Norge til rette for en åpen høring via vår hjemmeside.

De spørsmål Helse Midt-Norge ønsker tilbakemelding på fra ovennevnte mottakere er følgende:

1. Er det et førende prinsipp at ambulansetjenesten i Midt-Norge skal drives i egen regi eller kan deler av tjenesten konkurranseutsettes.
2. Er det et førende prinsipp at hjemmevakt skal begrenses i størst mulig grad?
3. Hvor mange AMK sentraler bør det være i Helse Midt-Norge?

Stasjonering av ambulanser

Styrene i helseforetakene bes også vurdere forslagene til stasjonering av ambulansene i sitt område i samarbeid med de berørte kommunene.

Det som nå gjennomføres som drøfting gjelder de vurderinger av ambulansestasjonering som utvalg for revisjon av prehospital plan har pekt på.

Om Helse Midt-Norge i senere prosesser skulle ønske å vurdere andre stasjoner, vil de berørte kommuner bli involvert.

Link til rapporter med vedlegg og bakgrunnsinformasjon finner du her:

https://ekstranett.helse-midt.no/1003/prehospital_plan/default.aspx

Vi forutsetter at prosessene i helseforetakene ivaretar drøfting med tillitsvalgte og brukerutvalg.

Vedlagt følger protokoll og saksframlegg fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 3.2.2011.

Høringsfrist settes til 25. mars 2011.

Med vennlig hilsen



Gunnar Bovim
administrerende direktør



Steinar Bjørås
rådgiver

Kopi:

Pasientombudene i helseforetakene

Nord-Trøndelag Fylkeskommune

Sør-Trøndelag Fylkeskommune

Møre og Romsdal Fylkeskommune

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Fylkesmannen i Møre og Romsdal

113 Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral (AMK)

 Helse Nord-Trøndelag HF

1. Pasientsikkerhet ivaretas med lokal AMK

- Lokal kompetanse (se studier av AMK og ambulansetjenesten nedenfor).
 - o Mangel på denne kan gi økt responstid v/mer utspørring og dårligere utnyttelse av flåten (= mer unødig kjøring, mindre beredskap)
- Jordmor følgetjeneste beredskap i Nord-Trøndelag: Mange kommuner i Nord-Trøndelag har over 1,5 times kjøring til nærmeste fødeavdeling (indre og ytre namdal).
- Tilgang til journaler ikke mulig på tvers av foretaksgrenser.
- Lokal AMK har god oversikt over de forskjellige lokale legevaktsordningene, vanskelig for en dobbelt så stor AMK.

2. Juridiske enheter bør styre egne ressurser

- Ansvar for økonomi og drift av ambulansetjenesten må følge AMK området
- AMK har full disposisjonsrett over ambulansetjenesten i sitt funksjonsområde
- Nord-Trøndelag har nest høyest aktivitet i Midt-Norge (15.418 amb.oppdrag i 2009)
- Dette kan kun ivaretas med lokal AMK

3. Samhandlingsreformen ivaretas med lokal AMK

- I dag gjennomføres i Nord-Trøndelag møter og samlinger med hele den akuttmedisinske kjede. AMK er drivkraften i dette arbeidet.
- Jobbrotasjon mellom operatører i AMK og ambulansesarbeidere fra ulike stasjoner gir god effekt i forhold til utnyttelse av lokal kompetanse.
- Katastofehåndtering: viktig med lokal kompetanse

4. Lavere bemanningskostnader i Nord-Trøndelag

- Namsos har lavere arbeidsgiveravgift, for hvert 10. årsverk er ca. 1 årsverk innspart, sammenlignet med de andre områdene i Midt-norge.
- Mange ansatte har delt stilling som ambulansesarbeider og AMK operatør.
- AMK i Nord-Trøndelag er også legevaktsentral for mange kommuner. Integrert ressurser mellom legevaktsentral og AMK gir billig beredskap:
 - o AMK henvendelser 21 411 / år
 - o Legevakthenvendelser 18 720 / år
 - o 653 Luftambulanseskontakter
- Jobbrotasjon gir synergieffekt, ved sammenslåing ikke sikkert det kan videreføres, gir da også store kostnader.
- Areal tilgjengelig uten vesentlig ombygging. Teknisk rom må uansett rigges, noe som fører til at manglende kontorplasser automatisk blir oppfylt.

5. Studier av AMK, tilsier lokal AMK

Studier utført av Professor Halvor Nordby v/HIL og Professor Aksel Tjora v/NTNU/KOKOM viser:

- Påpekes viktighet av lokal kunnskap:
 - o God lokalkunnskap = oversikt over lokal geografi, lokale medisinske ressurser, lokale sosiale forhold og særforhold, lokal folkelig atferd, og lokal profesjonell atferd
 - o Kunnskap om dette er viktig for effektiv betjening av AMK-sentralen og rasjonell bruk av akuttmedisinske ressurser.
 - o Dette forvinner mer og mer etter hvor sentralisert AMK ordningen blir og dess tynge strukturen blir.
 - o Skaper tillitt, mindre uro og gnisninger

6. AMK sentralisering, erfaring fra Gjøvik

- Sammenslåing på Gjøvik kostet 10 millioner
- AMK fungerer ikke som det skal etter sammenslåing:
 - o AMK har ikke kapasitet til innmeldinger fra ambulansene, mister styring over flåten.
 - o Ambulansepersonell bestemmer hvor pasienten skal, pasient har havnet på feil sykehus.
 - o Akuttmotakene mottar flere pasienter som ikke er undersøkt av lege.
 - o Merarbeid for legene, da de selv ofte må ringe sykehuset pga. manglende kapasitet i AMK.

Konklusjon: 1 AMK i hvert helseforetak



Helse Nord-Trøndelag

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 21.03.11

Høring Prehospitale tjenester

Nord-Trøndelag legeforening har behandlet saken i styremøte.

Foreningen støtter det syn at ambulansetjenesten bør drives av Helse Nord-Trøndelag. Dette vil gi best kvalitet og kontinuitet på tjenesten. Det er innvendt at ordningen vil medføre store investeringskostnader for HNT. En kan ikke se at investeringsbehovet vil være avgjørende forskjellig avhengig av hvem som driver tjenesten. Uansett er det helseforetakene som bærer kostnadene ved investeringene enten de skjer direkte eller via betaling til andre eiere som i dag.

Ambulansetjenesten må sentraliseres så mye som er nødvendig for å få ambulanser med høyt kvalifisert personell og vakt på stasjon. Samtidig må den geografiske nærhet til pasientene ivaretas. I dagens situasjon må stasjonene i Snåsa og på Leka bestå.

AMK

I motsetning til kliniske avdelinger som for eksempel akuttfunksjoner og fødeavdelinger hvor en kan ha et motsetningsforhold mellom faglig kvalitet og geografisk nærhet, er AMK-tjenestene i liten grad påvirket av geografisk nærhet. Det kan her derfor legges betydelig mer vekt på den faglige kvaliteten.

AMK bør samlokaliseres med det sentrale akuttmedisinske miljø i helseforetaket. Om dette ikke er et snarlig mål for HNT, mener foreningen at befolkningen i Nord-Trøndelag er bedre tjent med at AMK-tjenestene legges til St. Olav.

Med hilsen

Nils Håvard Dahl
Leder Nord-Trøndelag legeforening

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 19/2011 Oppfølging av Strategi 2020

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	14.04.11	19/2011
Saksbeh:	Mads Einar Berg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2011/1253	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering, og gir følgende føringer for det videre arbeidet:

SAKSUTREDNING:

Sak 19/2011 Oppfølging av Strategi 2020

VEDLEGG

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. Strategi 2020 – vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF
2. Strategi 2020 – regional gjennomføringsplan

BAKGRUNN

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok 25.06.10 en strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge i tiden fram til 2020. Vedtaket omfatter til sammen 26 punkter.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i møte 07.10.2010 (sak 80/10) Gjennomføringsplan Strategi 2020. Gjennomføringsplanen legger opp til at oppgaver knyttet til vedtakets 26 punkter løses på tre ulike måter:

1. Oppdrag tillagt det regionale helseforetaket, RHF-oppdrag
2. Oppdrag lagt til de lokale helseforetakene, HF-oppdrag
3. Oppdrag som er organisert inn i egne prosjekt, Prosjektoppdrag

1. RHF-oppdrag

Oppdrag som løses av det regionale helseforetaket som en ordinær RHF oppgave. Det innebærer at ansvaret plasseres hos en RHF-direktør som deretter løser oppgaven i egen organisasjon, - eventuelt med involvering av regionale eller nasjonale nettverk.

Følgende vedtakspunkt beskrives som slike oppdrag:

12. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at de prehospitale tjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitale tjenester er igangsatt, og vil bli lagt fram for styret som egen sak.

14. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak som viser hvordan kvalitetsmål skal nås. Helseforetakene skal ha særlig fokus på kvalitetskravene som er satt for epikrisetid, gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd og antall korridorpasienter. Helse Midt-Norge skal ta i bruk indikatorer for behandlingskvalitet og pasienttilfredshet. Brukerne inviteres med i arbeidet.

21. Styret ber seg forelagt en gjennomføringsplan for de foretaksovergripende omstillingene som vedtas.

22. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm dir. innlede drøftinger med Helse Nord, Helse Sør-Øst, og Helse Vest for å sikre likeverdige tjenester i skjæringspunktet mellom regionene.

25. Styret ber om å få seg forelagt en dokumentasjon som viser kvaliteten i behandlingen ved regionens forskjellige sykehus.

26. Styret vil understreke betydningen av god kommunikasjon og forankring av strategien og man forutsetter at det vil bli brukt tid og ressurser på dette arbeidet

2. HF-oppgaver

Oppdrag som gis til helseforetakene på ordinær måte, d.v.s. enten som årlige styringsdokumenter eller eventuelt i særskilte foretaksmøter. Når foretaket har fått et oppdrag gjennom styringsdokumentet er det foretaket selv som har ansvaret for hvordan gjennomføring skjer. Gjennomføring av oppdrag som gis gjennom styringsdokument skal rapporteres tertialvis til RHF.

Følgende vedtakspunkt beskriver oppdrag som vil bli gitt gjennom styringsdokument eller foretaksmøte:

4. Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at foretakene i regionen bidrar aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i tett dialog og parallellitet med kommunene.

5. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.

6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv beredskap må gjennomgå ved alle sykehus og skal reduseres.

7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgnberedskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.

8. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak skal utredes og konsekvensvurderes før vedtak fattes.

9. Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene.

God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger. Dette tilsier at antall fødeavdelinger i regionen må vurderes. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at hovedregelen skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Geografiske forhold må imidlertid vektlegges i utformingen av det helhetlige tilbudet til de fødende. Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan inngå som en del av fødselsomsorgen. Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene. Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse og omsorgsdepartementet.

13. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber administrerende direktør iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.

17. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten legger til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå.

24. Specialisthelsetjenesten må ta medansvar for forebyggende helsearbeid samt habilitering/rehabilitering i et gjensidig forpliktende samarbeid med kommunene, fylkeskommunene og brukerne.

3. Prosjektorganiserte oppdrag

Oppdrag som har særskilt behov for koordinering og samkjøring på tvers av helseforetakene skal løses som regionale prosjekter

Prosjekteierskapet for disse prosjektene er fordelt mellom RHF-direktører og HF-direktører, og koordineringsgruppa skal være styringsgruppe for de regionale prosjektene. Uavhengig av prosjekteierskap skal alle prosjektene følge Helse Midt-Norges metodikk for prosjektgjennomføring og rapportering.

Følgende vedtakspunkt skal følges opp gjennom slike prosjekter.

10. Styret for Helse Midt-Norge RHF vil videreutvikle sitt tilbud for syke barn i alle helseforetak. Behovet for stabile fagmiljø og robuste vaktordninger gjør at styret i Helse Midt-Norge RHF i strategiperioden ønsker å samle døgnberedskap for syke barn til færre avdelinger. Barneavdelingene på St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus skal ha et særskilt ansvar for kompetansestøtte til de andre helseforetakene.

12. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at de prehospitale tjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitale tjenester er igangsatt, og vil bli lagt fram for styret som egen sak.

13. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber administrerende direktør iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.

14. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak som viser hvordan kvalitetsmål skal nås. Helseforetakene skal ha særlig fokus på kvalitetskravene som er satt for epikrisetid, gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd og antall korridorpasienter. Helse Midt-Norge skal ta i bruk indikatorer for behandlingskvalitet og pasienttilfredshet. Brukerne inviteres med i arbeidet.

15. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om hvordan den samlede intensivkapasiteten skal sikres med bakgrunn i den oppgavedelingen som vedtas.

16. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell. Styret ber om at HFene og utdanningsinstitusjonene involveres i dette arbeidet.

18. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak med forslag til organisering av de mindre spesialitetene. Det skal utarbeides en plan for hvordan avtalespesialister kan innpasses som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste.

19. Styret for Helse Midt-Norge ber administrerende direktør igangsette arbeidet med en strategi for universitetssykehusfunksjonen, der en fokuserer på universitetssykehusets regionale rolle i pasientbehandling, utdanning og forskning. Styret ber om at de andre helseforetakene og NTNU involveres i arbeidet.

23. Styret i Helse Midt- Norge ber seg forelagt en plan for fordeling av planlagt kirurgi i Midt-Norge, som bidrar til å styrke fagmiljøene i lokalsykehusene.

25. Styret ber om å få seg forelagt en dokumentasjon som viser kvaliteten i behandlingen ved regionens forskjellige sykehus.

Som oversikten viser, faller enkelte oppdrag i flere av kategoriene. For å ivareta nødvendig koordinering av arbeidet er det for øvrig etablert en *Koordineringsgruppe* satt sammen av administrerende direktører i helseforetakene, fire av direktørene i Helse Midt-Norge RHF, to regionalt tillitsvalgte, hovedverneombud og tre representanter for det regionale brukerutvalget. Koordineringsgruppen har en todelt rolle. Delvis skal gruppen være rådgivende overfor administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF, og delvis skal gruppen være koordinerende overfor de prosesser som pågår i de ulike helseforetakene.

DRØFTING

Av vedtak i Helse Midt-Norges styre, sak 80/10 er Helse Nord- Trøndelag HF i styringsdokument eller foretaksmøte vil bli pålagt følgende oppgaver:

- Helse Nord- Trøndelag HF skal legge til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå.
- Helse Nord- Trøndelag HF skal bidra aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i tett dialog og parallellitet med kommunene
- Helse Nord- Trøndelag HF skal ha et bredt desentralisert helsetjenestetilbud for de store pasientgruppene samt døgnerberedskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Foretaket skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke og være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.
- Helse Nord- Trøndelag HF skal påse at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap skal gjennomgås og reduseres.
- Helse Nord- Trøndelag HF skal utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk skal bedres.
- Helse Nord- Trøndelag HF skal ta medansvar for forebyggende helsearbeid samt habilitering/rehabilitering i forpliktende samarbeid med kommunene, fylkeskommunene og brukerne.
- Helse Nord- Trøndelag HF skal styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.
- Helse Nord- Trøndelag HF skal utrede mulighetene for og konsekvensutrede vedtaket om at det kun skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Det er spesielt anført at det skal tas hensyn til geografiske forhold.

- Helse Nord- Trøndelag HF skal utrede og konsekvensutrede samling av kirurgisk akuttberedskap til ett sted.

I tillegg har administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag fått ansvar for å lede arbeidet med å utarbeide en regional plan for fordeling av elektiv kirurgi.

På de fleste av punktene som er nevnt over, pågår det omfattende arbeid i Helse Nord-Trøndelag. Tre punkter skiller seg imidlertid ut fra de andre. Dette gjelder

- Fødetilbudet
- Tilbudet knyttet til akutt kirurgi
- Reduksjon i vakt

Disse tre punktene er i kjernen av diskusjoner som har gått i Helse Nord-Trøndelag, og som var svært framtrepende i den regionale strategiprosessen. Strategivedtaket er imidlertid tydelig på å peke på en utviklingsretning, samtidig som ansvaret for dette legges på helseforetaksnivå.

KONKLUSJON

Styret har ved tidligere anledninger drøftet disse områdene og gitt føringer for administrerende direktørs arbeid. Disse drøftingene og føringene ble lagt til side idet Helse Midt-Norge RHF satte i gang vårt regionale strategiarbeid som omfattet de samme spørsmålene. Strategivedtaket gir føringer for videre oppfølging, herunder anføringer om fødetilbudsorganisering som er rettet mot organiseringen i Helse Nord-Trøndelag. Det er samtidig tydelig på at videre oppfølging igjen skal skje i Helse Nord-Trøndelag.

På dette grunnlaget ønsker administrerende direktør å drøfte oppfølging av de ovenfor nevnte tre punktene fra Strategi 2020 med styret, med sikte på å etablere føringer for det videre utredningsarbeidet.

Øvrige punkter som skal følges opp på helseforetaksnivå er under arbeid.

Sak 19/2011 Vedlegg 1:

Strategi 2020 – Vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF, sak 62/10

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. En av de viktigste oppgavene styret for Helse Midt-Norge RHF har, er derfor å vedta en strategi som er retningsgivende for hvordan dette skal oppnås.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn følgende fire hovedutfordringer for helsetjenesten de neste 10 år:
 - a. Befolkningens sammensetning og behov endres
 - b. Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
 - c. Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
 - d. Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende strategiske mål for perioden:
 - a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
 - b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
 - c. En organisering som underbygger gode pasientforløp
 - d. Rett kompetanse på rett sted til rett tid
 - e. Økonomisk bærekraft
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at foretakene i regionen bidrar aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i tett dialog og parallellitet med kommunene.
5. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.
6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap må gjennomgås i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.
7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgnerberedskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.
8. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak skal utredes og konsekvensvurderes før vedtak fattes.
9. Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene.

God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger. Dette tilsier at antall fødeavdelinger i regionen må vurderes. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at hovedregelen skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Geografiske forhold må imidlertid vektlegges i utformingen av det helhetlige tilbudet til de fødende.

Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan inngå som en del av fødselsomsorgen.

Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene.

Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse og omsorgsdepartementet.

10. Styret for Helse Midt-Norge RHF vil videreutvikle sitt tilbud for syke barn i alle helseforetak. Behovet for stabile fagmiljø og robuste vaktordninger gjør at styret i Helse Midt-Norge RHF i strategiperioden ønsker å samle døgnberedskap for syke barn til færre avdelinger. Barneavdelingene på St Olavs Hospital og Ålesund sjukehus skal ha et særskilt ansvar for kompetansestøtte til de andre helseforetakene.
11. Helse Midt-Norge skal gjennomføre tiltakene i spesialisthelsetjenesten i tråd med utviklingen av nasjonal helsepolitikk.
12. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at de prehospitale tjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitale tjenester er igangsatt, og vil bli lagt fram for styret som egen sak.
13. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber administrerende direktør iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.
14. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak som viser hvordan kvalitetsmål skal nås. Helseforetakene skal ha særlig fokus på kvalitetskravene som er satt for epikrisetid, gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd og antall korridorpasienter. Helse Midt-Norge skal ta i bruk indikatorer for behandlingskvalitet og pasienttilfredshet. Brukerne inviteres med i arbeidet.
15. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om hvordan den samlede intensivkapasiteten skal sikres med bakgrunn i den oppgavedelingen som vedtas.
16. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell. Styret ber om at HFene og utdanningsinstitusjonene involveres i dette arbeidet.
17. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten legger til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå.
18. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak med forslag til organisering av de mindre spesialitetene. Det skal utarbeides en plan for hvordan avtalespesialister kan innpasses som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste.

19. Styret for Helse Midt-Norge ber administrerende direktør igangsette arbeidet med en strategi for universitetssykehusfunksjonen, der en fokuserer på universitetssykehusets regionale rolle i pasientbehandling, utdanning og forskning. Styret ber om at de andre helseforetakene og NTNU involveres i arbeidet.
20. Tiltak skal vedtas og gjennomføres på HF-nivå etter en bred konsekvensvurdering.
21. Styret ber seg forelagt en gjennomføringsplan for de foretaksovergripende omstillingene som vedtas.
22. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm dir. innlede drøftinger med Helse Nord, Helse Sør-Øst, og Helse Vest for å sikre likeverdige tjenester i skjæringspunktet mellom regionene.
23. Styret i Helse Midt- Norge ber seg forelagt en plan for fordeling av planlagt kirurgi i Midt Norge, som bidrar til å styrke fagmiljøene i lokalsykehusene.
24. Spesialisthelsetjenesten må ta medansvar for forebyggende helsearbeid samt habilitering/rehabilitering i et gjensidig forpliktende samarbeid med kommunene, fylkeskommunene og brukerne.
25. Styret ber om å få seg forelagt en dokumentasjon som viser kvaliteten i behandlingen ved regionens forskjellige sykehus.
26. Styret vil understreke betydningen av god kommunikasjon og forankring av strategien og man forutsetter at det vil bli brukt tid og ressurser på dette arbeidet

Stemmeforklaring:

Styremedlem Ingegjerd Sandberg ba om følgende stemmeforklaring:

Fra å være konkret i høringsutkast er nå Strategi 2020 blitt retningsgivende. Dette kan være både positivt og negativt.

Pkt. 9 Ang. tilbud til fødende sier at antall fødeavdelinger må vurderes. Hovedregel 1 fødeavdeling i hvert HF, geografi må vektlegges.

Pkt. 20 Tiltak skal vedtas og gjennomføres på HF-nivå etter en bred konsekvensutredning. Etter min mening: RHF styrets sørge-for-ansvar vil med dette være vanskelig å ivareta og å ha oversikt over det totale tilbudet til befolkningen, og det er bekymringsfullt.

Styremedlem Bjørg Henriksen ba om følgende stemmeforklaring til pkt. 8:

Det er problematisk og jeg er urolig over at intensjonen med utredning og konsekvensanalyser er at kirurgisk akuttberedskap skal samles på ett sykehus i hvert foretak.

Et bilde av fordelingen av oppdrag etter arbeidsform og fremdriftsgruppe er vist under:

vedtaks- punkt	Stikkord fra vedtaket	ansv dir RHF	Oppfølg. dir RHF	okt	nov	des	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv	1.kv	2.kv	3.kv
RHF-oppgaver													
9	Regional plan fødselsomsorg	NHE											
22	Avklaring av samarbeid i RHF-grenseområder	DAH											
21	Fremdriftsplan 2020	BHH											
12	Følge opp tilpasning av prehospitale tjenester til faktisk funksjonsdeling	NHE											
T	Gjennomgang regionale handlingsplaner	BHH											
T	Revidere regionale planverk	linjedir											
14, 25	Utvikle og ta i bruk kvalitetsindikatorer	NHE											
26	Utvikle kommunikasjonsstrategi for foretaksgruppen	THH											
T	utvikle system for styrende dokumenter og styringsdialog i foretaksgruppen	BHH											
T	utvikle indikatorer for oppfølging av gjennomføring strategi 2020	ABA											
Regionale prosjekter													
12	Prehospitale tjenester, a)avtaleforhold deretter eieforhold, deretter avklaring av drift	Bjørn E	BHH										
13	Utvikle helhetlige pasientforløp for sammensatte tjenester rus, psyk, soma	Dag H											
18	Organisering mindre fag, HF og avtalespesialister	AE	BHH										
16	behov for Kompetanse og kapasitet	SA	BHH										
14, 25	Kvalitetskultur ; regional handlingsplan kvalitet	Dag H	BHH										
19	universitetssykehusfunksjon; kliniske, utdannings og forskningsfunksjon	NK	BHH										
10	syke barn	AE	BHH										
8, 15, 23	elektiv kirurgi	AF	BHH										
HF-oppdag													
17	aktiv brukermedvirkning	AD HF	NHE		varslings- brev		styringsd ok				styringsd ok		
4	gjennomføre samhandlingsreformen	AD HF	DAH		X		X				X		
7	bredt desentralisert helsetjenester	AD HF	DAH		X		X				X		
6	aktiv pasbeh og passiv vakt	AD HF	NHE (SA)		X		X				X		
13	alle: gode pasientforløp	AD HF	NHE		X		X				X		
24	forebyggende helsearbeid	AD HF	DAH		X		X				X		
5	omfordeling til de store pasientgruppene	AD HF	NHE		X		X				X		
9	organisering av fødetilbudet	AD HF	NHE		X		X				X		
8	akutt kirurgi	AD HF	NHE		X		X				X		

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 20/2011 Sykefravær – arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA) i Helse Nord-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	14.04.11	20/2011

Saksbeh: Atle Busch

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/1253

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 20/2011 Sykefravær – arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA) i Helse Nord-Trøndelag

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. HNT - utvikling i sykefraværet siden 2005
2. HNTs handlingsplan IA 2010-2016

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Arbeidsmiljøloven

Nasjonal IA-avtale, mars 2010

Foretaksprotokollen 2011

Samarbeidsavtale om IA mellom HNT og NAV Arbeidslivssenter NT, september 2010

HNTs IA-policy, rapport overlevert til direktøren 14.12.09. Tilgjengelig via PersonalWeb.

1. HNT - utvikling i sykefraværet siden 2005 (vedlegg 1)

Helse og omsorgsdepartementet arrangerte 8. februar 2011 konferansen *Hvordan sikre et helsefremmende arbeidsmiljø? – en konferanse om sykefravær og nærvær i helseforetakene*.

Under sitt innledningsforedrag sa helse- og omsorgsministeren: *Høyt sykefravær har preget sektoren de senere årene. Sykefraværet i helseforetakene i tredje kvartal 2009 var 7,8 prosent.... Til sammenligning var sykefraværet for alle næringer i landet 6,9 prosent.*

Vurderinger av det som framgår av vedlegget

- HNT har i perioden hatt en negativ utvikling i nærværet.
- Det er også en tendens til at det svinger annet hvert år, og med en markant økning fra 2008 til 2009.
- I forhold til de øvrige sammenlignbare HFene i regionen har HNT og HSM høyest nærværspersent.
- På klinikknivå er forskjellene til dels betydelige mellom klinikkene, også mellom klinikker som antatt skulle være sammenlignbare.
- Vi ser også for den enkelte klinikk at nærværet svinger annet hvert år.
- Også innad i klinikkene er det store forskjeller mellom enhetene.

2. Mål sykefravær

- HNT har mål om 6 % fravær (94 % nærvær) i 2016
- HMN har mål om 7 % fravær (93 % nærvær) i 2013
- Det nasjonale målet er 5,6 % fravær (94,4 % nærvær) i 2013

Er dette realistisk for HNT? Hvordan skal vi sikre økt effekt?

Sett i forhold til tendensen vi ser i perioden 2005-2010 så er det en betydelig utfordring for HNT og nå måltallene som er satt. Det er nødvendig å arbeide systematisk og langsiktig med måloppnåelsen for å unngå kortsiktige gevinster og

tiltak som virker utmattende over tid. Evaluering er nødvendig for å sikre at nødvendige justeringer gjøres, og for å få organisatorisk læring.

Vi ser at vi må gjøre noe med vår forståelse av fravær. IA-arbeidet må være kunnskapsbasert, og kompetansen må økes blant alle IA-aktørene i organisasjonen. Vi må endre tilnærmingen til å bli mer forebyggende enn reparerende, og den enkelte må få gjort noe med sitt valg av mestringsstrategi i forhold til egen helse slik at den ivaretas over tid. Det må også bygges en kultur der tilrettelegging for den enkelte ikke tillates å gå på bekostning av et helsefremmende arbeidsmiljø for enheten.

Visjonen *På lag med deg for din helse* må også gjelde innad i HNT.

3. Slik jobber vi med IA i HNT nå

a) Januar 2010 - Ny IA policy i HNT

Direktøren nedsatt i 2009 en intern arbeidsgruppe som med støtte fra NAV arbeidslivssenter NT som skulle komme fram til anbefalinger mht å få økt effekt av IA-arbeidet. Arbeidsgruppens rapport ble overlevert direktøren 14.12.09, og var i form av et policydokument for IA-arbeidet. Rapporten ble gjennomgått i foretaksledelsens møte 04.01.10, og det ble besluttet at implementeringen skulle iverksettes selv om ny nasjonal IA-avtale ikke var på plass som forventet ved årsskiftet 2009-2010.

b) Nytt årlig samarbeidsmøte HNT Personalsjef, IA-kontakt, personalrådgivere, tillitsvalgte, hovedvernombud og NAV (NAV arbeidslivssenter NT og lokale NAV kontor Namsos og Levanger)

NAV er en sentral aktør i IA-arbeidet, og HNT er en prioritert virksomhet for NAVs arbeidslivssenter NT. Det er vært viktig for å få økt effekt av IA-arbeidet at også NAV kommuniserer at de støtter HNTs IA-policy i sitt daglige arbeid med HNTs IA-aktører. Det årlige samarbeidsmøtet ble etablert som arena tidlig 2010, og gir et godt grunnlag for en samordnet praksis.

c) Februar 2010 - ny IA-oppfølgingsgruppe

Direktøren etablerte en arbeidsgruppe 08.02.10. Gruppen er partssammensatt, ledes av ass. direktør, og HNTs kontakt ved NAVs arbeidslivssenter NT er fast medlem.

Mandatet for IA-oppfølgingsgruppen er i korthet å

- Utarbeide en handlingsplan for å integrere IA-arbeidet i den daglige drift
- Bistå linjeledelsen i deres arbeid for å realisere målsettingen om en nærværsfaktor på 94 %. (Sykefravær på 6 %)
- Arbeidsgruppen bes følge opp tiltakene som settes i verk i de aktuelle enheter og rapportere fortløpende til Foretaksledelsen om arbeidet.

d) Mars 2010 - ny IA-avtale for perioden 2010-2013 ble inngått (vil først få full effekt når nødvendige lovendringer gjøres 01.07.11)

Den nye nasjonale IA-avtalen kom på plass 01.03.11, to måneder etter at den forrige avtalen skulle utløpt som følge av et betydelig forventningskrav fra partene i arbeidslivet. Regjeringen var ikke fornøyd med effektoppnåelsen fra IA-avtalen først ble inngått i 2001, med unntak av delmål 3 (sikre at arbeidstakere står lengre i jobb).

Den nye IA-avtalen har et tydelig fokus på forebyggende arbeid, kontinuerlig arbeidsmiljøarbeid, systematisk arbeid som trekker HMS/verneombudsordningen inn i IA-arbeidet, og vektlegger at oppfølgingsansvaret for IA påhviler partene kontinuerlig i perioden.

- e) August 2010 - HNTs handlingsplan for IA-arbeidet 2010-2016 (vedlegg 2)
IA-oppfølgingsgruppen presenterer HNTs handlingsplan for IA-arbeidet for foretaksledelsen. Planen er gjeldende for samme periode som HNTs strategiske plan.
Planen vektlegger de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene betydning for nærværarbeidet, og konkretiserer tiltak som vil være viktige elementer for å få økt effekt av IA-arbeidet. Handlingsplanen tydeliggjør hva som er klinikk- og avdelingsledelsens ansvar, og hvordan IA-oppfølgingsgruppen vil bistå klinikkene. Handlingsplanen skal oppdateres årlig.
IA-oppfølgingsgruppen har utarbeidet et eget arbeidsdokument for gruppens arbeid. Gruppens strategi er: Ledere skal gjøres bedre i stand til å øke nærværet i egen enhet.
- f) September 2010 - Trainee som skal gjøre en evaluering av IA-arbeidet i HNT
Gjennom Intro Innherreds traineeprogram har HNT tilsatt en trainee med mastergrad. Hun skal som en av sine arbeidsoppgaver evaluere IA-arbeidet. Tilsettingen er for ett år. Plan for evalueringen er laget, men pga svangerskapspermisjon fra februar 2011 vil hun først kunne gjøre selve evalueringen første halvår 2012.
- g) September 2010 - ny samarbeidsavtale HNT-NAV arbeidslivssenter NT
Den nye samarbeidsavtalen ble inngått i direktørens første møte med de foretakstillitsvalgte, hovedverneombudene 28.09.10. HNTs kontaktperson hos NAV arbeidslivssenter NT deltok i møtet sammen med HNTs IA-kontakt. IA-kontakten lanserte også den nye IA-veilederen tilpasset HNT, og oppdaterte retningslinjer for oppfølging av sykemeldte.
- h) Okt 2010-jan 2011 - IA-oppfølgingsgruppens møte med klinikkleder
IA-oppfølgingsgruppen gjennomførte møter med den enkelte klinikkleder. Hensikten var å få en orientering om hvordan klinikken arbeider med IA, hvilke utfordringer og muligheter klinikkleder har i sin klinikk, og hvordan klinikken særlig kan arbeide med å øke nærværet. Klinikkleder fikk også sagt noe om sine forventninger til støtte/oppfølging fra HNT.
- i) November 2010 – tilsetting av frisklivskonsulent i 50 % stilling
HNTs IA-rapport peker på økt aktivitet i og utenfor arbeidstid som et viktig tiltak for forebygge helseplager og øke nærværet. Prosjektet *Aktive sykehus* som HNT deltok i 2009, gav positive erfaringer på individ- og enhetsnivå.
Frisklivskonsulenten samarbeider tett med velferdskonsulenten (40 % stilling) med å øke fysisk og sosial aktivitet i HNT.
Frisklivskonsulent bistår ledere i forebyggende arbeid når en enhet står foran store utfordringer, individuell tilrettelegging og oppfølging, og organiserer aktivitet av mer generell art i HNT.
Stillingsinnholdet til frisklivskonsulenten skal evalueres etter ett år.
- j) Desember 2010 - Almlidutvalget NOU 2010:13
Almlidutvalget trekker fram at helse- og omsorgssektorens har høyt sykefravær og ligger høyt på overgang til andre helserelaterte trygdeytelser. Kvinner har om lag 60 % høyere fravær enn menn, og utjevner en dette for det legemeldte fraværet ville fraværet blitt redusert med 15 % i sektoren. Men også menn i sektoren har et høyere fravær enn menn i andre sektorer.
Utvalget viser også til Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse som peker på at personer med pasientkontakt har større emosjonelle belastninger, større risiko for

vold trusler og trakassering enn i andre kvinne­dominerte yrker. Undersøkelsen tilsier også at personellet i større grad opplever en kombinasjon av store krav og lavere grad av kontroll. Turnus og kvelds- og nattearbeid har også høyere omfang enn i andre næringer. Belastningene oppleves størst blant de med kortest utdanning.

Levekårsundersøkelsen viser at ni av ti helsearbeidere er svært eller ganske fornøyd med jobben, og at de fleste opplever jobben som trygg selv om det er mange som jobber deltid og det er noen flere som er midlertidig ansatt, enn blant yrkesaktive kvinner generelt.

Almlidutvalget har pekt ut fem innsatsområder med tilhørende tiltak. Disse er:

1. Styrke kunnskap og kompetanse
2. Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold
3. Bedre tilrettelegging for gravide
4. Bedre seniorpolitikk
5. Tettere oppfølging av sykemeldte

Dette er nyttige innsatsområder også for HNT. Tiltakene utvalget beskriver er i hovedsak systemtiltak rettet mot Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale HFene. For HNT kan det være hensiktsmessig å ta innsatsområdene inn i vår handlingsplan når den skal oppdateres. Det vil gjøre oss forberedt på å trekke veksler på de systemmessige tiltakene vi vil få fra eier, samt at vi kan systematisere og styrke våre egne tiltak i samme retning.

k) Mars-mai 2011 IA-oppfølgingsgruppens møte med klinikkens IA-aktører

I etterkant av IA-oppfølgingsgruppens møte med klinikkleder har IA-oppfølgingsgruppen bearbeidet og vurdert det som ble tatt opp i møtet.

Hensikt med dette møtet har vi tydeliggjort slik:

1. Skape en årlig arena for klinikkens IA-aktører
2. Bidra til økt effekt av IA-arbeidet
3. Igangsette klinikkens arbeid med egne delmål for IA-arbeidet

I møtet involveres alle klinikkene i arbeidet med å sette egne delmål innen IA-avtalens alle 3 delmål (delmål 1 sykefravær innen april 2011 - delmål 2 og 3 innen august 2011).

Det ble også kommunisert at IA-oppfølgingsgruppens neste møte med klinikkleder blir fjerde kvartal 2011, og at det da skal avklares når IA-oppfølgingsgruppens neste møte med klinikkens IA-aktører skal skje i første kvartal 2012. Klinikken vil i større grad styre innholdet i og gjennomføringen av det neste møtet.

4. Viktige faktorer som vil virke inn på IA-arbeidet i HNT 2011

a) Arbeid med reduksjon av deltid

Foretaksprotokollens krav om at HNT skal redusere deltid med 20 % i løpet av 2011, antar vi vil bidra til økt måloppnåelse for IA-arbeidet. I tilnærmingen for dette arbeidet er det synliggjort hvilke positive effekter endringen fra deltid til heltid vil ha for den enkelte, avdelingen og pasienten. Disse effektene samsvarer godt som tiltak for å møte utfordringene sektoren har innen sykefravær iht Almlidutvalgets NOU.

b) AMUS 2011

Et kontinuerlig arbeid med å forbedre arbeidsmiljøet og bevare det som har gitt et godt arbeidsmiljø, er et av innsatsområdene som ble tydeliggjort ved lanseringen av den nye IA-avtalen.

HNT har et godt grunnlag for dette arbeidet med den høye svarprosenten på AMUS 2011.

c) Kompetansplaner

HNT tok i bruk en felles mal for kompetanseplaner på avdeling, klinikk og HNT nivå i 2010, og det ble gjort et betydelig forbedringsarbeid for å sikre nødvendige kompetansetiltak som skal møte framtidige utfordringer og behov. Arbeidet har vært en bevisstgjøring om HNT som kunnskapsvirksomhet.

I 2011 skal kompetanseplanen videreutvikles og ajourføres. Vi vet at dette oppleves nyttig av ledere og ansatte. Almlidutvalgets tydeliggjøring gjennom innsatsområdet *Styrke kunnskap og kompetanse* ser vi som en bekreftelse på at HNTs arbeid med kompetanseplaner vil ha positive effekter også for IA-området.

d) Prosjektet *Lyden av trivsel*

Prosjektet ble realisert gjennom søknad om midler fra kulturdepartementet 2010.

Midlene er gitt som *stimuleringsmidler til kultur i inkluderende arbeidsliv*.

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom HNT og Rock city, med HNTs informasjonsleder som prosjektleder.

Responsten har vært overveldende blant HNTs ansatte.

Vi er sikre på at dette er et tiltak som vil virke positivt på nærværarbeidet vårt.

e) Elektronisk verktøy for oppfølging av sykemeldte kommer (i 2011)

I en travel hverdag er det fort for ledere å glippe mht oppfølgingstidspunkt av sykemeldte. Det har lenge vært holdt fram som ønskelig å få et verktøy som bidrar til å lette dette arbeidet. Flere tekniske løsninger er på markedet.

Arbeidsdepartementet og NAV arbeider med ulike negative sanksjonsmidler for arbeidstaker, arbeidsgiver og behandlende lege ved brudd på kraven om oppfølgingstidspunkt når arbeidsmiljøloven oppdateres på dette 01.07.11.

HMN skal anskaffe et elektronisk verktøy for å lette oppfølgingsarbeidet for ledere i regionen. Dette vil være på plass i løpet av 2011.

f) Det etableres Frisklivssentraler i kommunene

Helsedirektoratet har tydeliggjort en forventning om at det etableres

Frisklivssentraler i alle kommunene som del av samhandlingsreformen.

http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/fagnytt/frisklivssentraler_som_forebygger_660914

Slike Frisklivssentraler er alt under etablering i kommunene rundt våre to sykehus, og HNT er involvert i forprosjektet *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling*.

Innherredsmodellen trinn 1 mht etableringen i Verdal og Levanger.

Etablering av Frisklivssentraler er et folkehelseiltak som både skal være forebyggende og rehabiliterende.

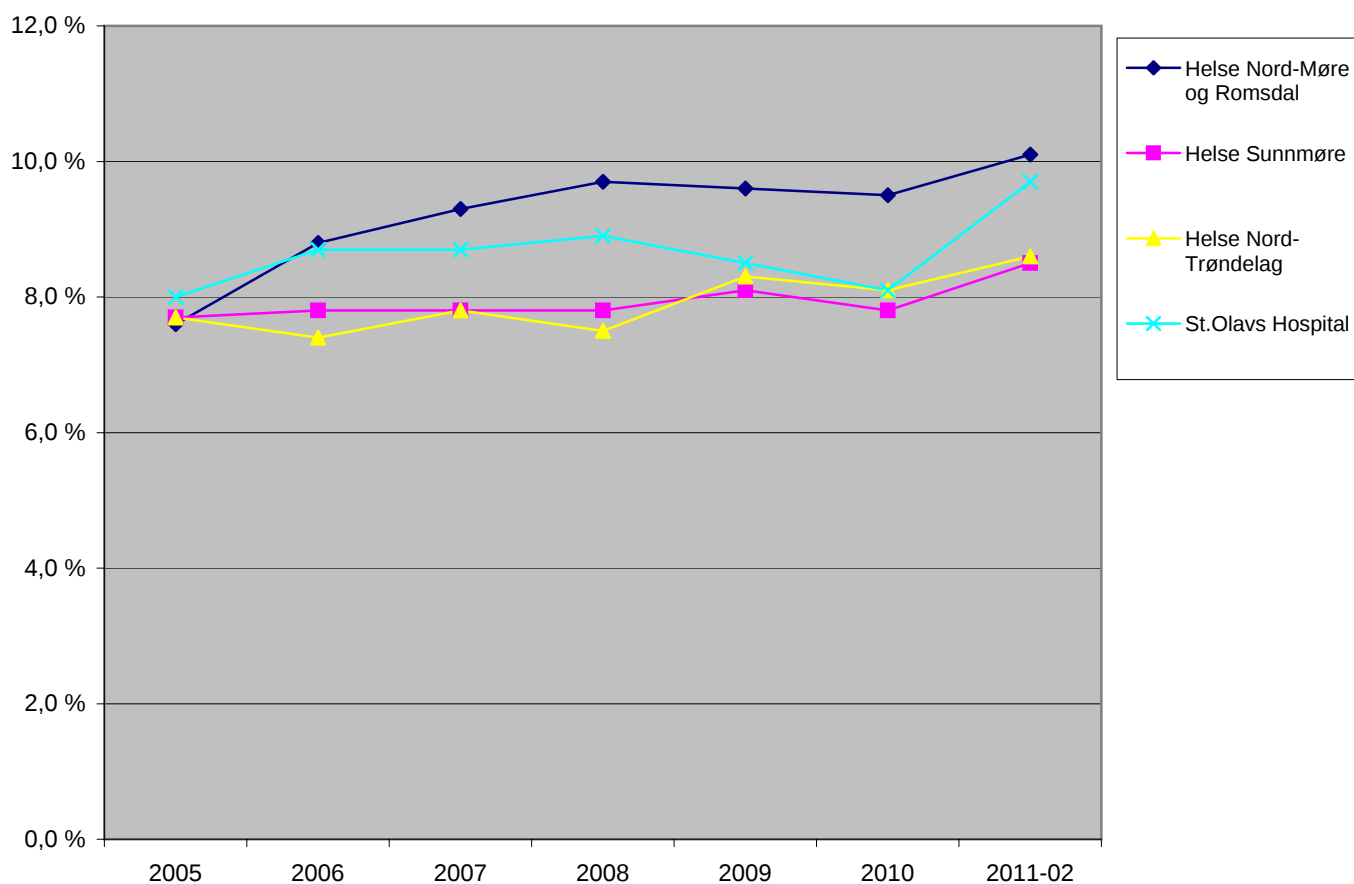
Vi antar at frisklivssentralene vil få betydning for våre ansatte samt at de kan bli et nyttig kompetansemiljø vi kan trekke veksler på i vårt IA-arbeid.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Ingen

Helse Nord-Trøndelag - Sykefraværsutviklingen 2005-2011

Gj.sn. sykefraværsprosent	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011-02
Helse Nord-Trøndelag HF	7,7 %	7,4 %	7,8 %	7,5 %	8,3 %	8,1 %	8,6 %
(15N) Kirurgisk klinikk Levanger	6,2 %	6,4 %	5,7 %	6,1 %	5,7 %	6,7 %	6,1 %
(16N) Kirurgisk klinikk Namsos	9,3 %	9,4 %	6,2 %	7,6 %	9,0 %	8,9 %	8,7 %
(25N) Medisinsk klinikk Levanger	7,1 %	8,3 %	7,6 %	8,3 %	6,7 %	7,9 %	7,5 %
(26N) Medisinsk klinikk Namsos	8,8 %	6,1 %	5,9 %	7,0 %	7,7 %	8,3 %	10,9 %
(30N) Barn- og Famileklinikken	6,2 %	6,4 %	8,4 %	7,4 %	7,3 %	7,6 %	8,1 %
(40N) Rehabiliteringsklinikk	4,9 %	3,4 %	4,6 %	5,6 %	7,8 %	7,3 %	7,3 %
(50N) Psykiatrisk Klinikk	7,7 %	8,2 %	8,6 %	7,3 %	10,0 %	8,9 %	8,2 %
(60N) Medisinsk Serviceklinikk	9,3 %	8,8 %	8,8 %	9,2 %	7,9 %	8,3 %	9,1 %
(70N) Serviceklinikken	11,8 %	8,4 %	11,4 %	9,5 %	11,0 %	9,7 %	12,2 %
(75N) Prehospital klinikk				6,8 %	8,3 %	10,4 %	12,9 %
(80N) Adm. Direktør	3,1 %	3,4 %	5,4 %	2,4 %	4,9 %	3,6 %	6,8 %
(90N) Prosjekter HNT	0,1 %	0,1 %	0,5 %	1,2 %	1,3 %	6,3 %	2,2 %
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011-02
Helse Nord-Møre og Romsdal	7,6 %	8,8 %	9,3 %	9,7 %	9,6 %	9,5 %	10,1 %
Helse Sunnmøre	7,7 %	7,8 %	7,8 %	7,8 %	8,1 %	7,8 %	8,5 %
Helse Nord-Trøndelag	7,7 %	7,4 %	7,8 %	7,5 %	8,3 %	8,1 %	8,6 %
St.Olavs Hospital	8,0 %	8,7 %	8,7 %	8,9 %	8,5 %	8,1 %	9,7 %



Notat

Til
Adm dir

Fra
IA-oppfølgingsgruppe HNT

Dato
10. juni 2010

IA HNT - Handlingsplan for 2010-2016

HNTs handlingsplan gjelder for samme periode som HNTs strategiplan 2010-2016. Handlingsplanen skal revideres årlig av HNTs IA-oppfølgingsgruppe i samarbeid med sentrale aktører i IA-arbeidet (IA-kontakt, tillitsvalgte, verneombud, BHT, og NAVs arbeidslivssenter). Handlingsplanen behandles i Foretaksledelsen, og godkjennes av administrerende direktør.

Den nasjonale IA-avtalens overordnede mål er å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

De tre delmålene på nasjonalt nivå fra tidligere IA-avtaler videreføres. For å oppnå målene vektlegges det systematiske, forebyggende HMS-arbeidet i virksomhetene i større grad enn i de tidligere avtalene.

HNTs visjon for IA-arbeidet er:

Helse Nord-Trøndelag HF- en helsefremmende arbeidsplass med fokus på forebyggende arbeid og nærvær.

Hva vil HNT oppnå gjennom IA-arbeid?

HNT har som overordnet målsetting å øke nærværet til 94%.

Det er viktig at vi har et kontinuerlig og helhetlig arbeidsmiljøarbeid for å kunne nå dette målet. De psykososiale arbeidsmiljøfaktorene vil være til god hjelp når avdelinger og klinikker i HNT skal arbeide med å øke nærværet.

De psykososiale arbeidsmiljøfaktorene er nærværsfaktorer:

1. Forutsigbarhet gjennom høy opplevd grad av kontroll
2. Anerkjennelse og tillit
3. Realistisk arbeidspress
4. Samsvar mellom innsats og verdsetting
5. Klare tilbakemeldinger
6. Entydig og positiv kommunikasjon
7. Sosial støtte, trivsel og tilhørighet
8. Mestring av arbeidsoppgaver
9. Jobbengasjement
10. Motivasjon og kreativitet/Selvstendighet/autonomi i arbeidsoppgaver

Strategi: Ledere skal gjøres bedre i stand til å øke nærværet i egen enhet.

Ledere i HNT er avgjørende for at HNT HF skal være en helsefremmende arbeidsplass med fokus på forebyggende arbeid og nærvær.

Tidsfrister: Nedenforstående punkter skal innføres og implementeres i løpet av andre halvår, 2010.

OMRÅDER OG TILTAK:

A. Lederansvaret

Viktige elementer vil være å arbeide for:

- Aktiv lederstøtte
- Opplæringstilbud til ledere
- Veiledning av ledere
- Tydeliggjøre forventingene HNT har til ledere og ansatte mht oppfølging av IA-avtalen
- Oppfølging etter spørreundersøkelser
- Ha respekt for at avdelinger er ulike, og har ulike behov

Klinikk- og avdelingsledelsens ansvar

Klinikkleder må sette krav til egne ledere for nærværarbeidet. Disse kravene settes i lederavtalen med styringskort for klinikkleder. I dette arbeidet må lederne forholde seg til HNTs tilpassede versjon av IA-veilederen. Denne er utarbeidet av IA-kontakten. Videre skal ledere delta på HNTs Lederutviklingsprogram og viderebringe tema derifra i møter med egne medarbeidere. Ledere kan søke veiledning og støtte hos IA-kontakt, personalrådgivere og BHT i det daglige nærværarbeidet. Aktivt samarbeid om nærværarbeidet mellom leder og verneombudet forventes som del av HMS-oppfølgingen. Ledere på alle nivå skal trekkes inn i styringskortrapporteringen og gjennomgang etter styringsdialogmøtene.

B. Implementering av HNTs IA-policy

Viktige elementer vil være å arbeide for:

- Langsiktig arbeidsmiljøutvikling
- Livsfase/seniorpolitikk
- God dialog og arbeidstakermedvirkning
- Fysisk aktivitet som satsningsområde
- Rapportering på nærvær i stedet for fravær

Klinikk- og avdelingsledelsens ansvar

Ledere skal ha et kontinuerlig fokus på arbeidsmiljøet og utvikling av dette. Ledere på alle nivå skal ha et ansvar for å skape arenaer for å øke kunnskapen og sikre god medvirkning i arbeidsmiljøutviklingen. Ut fra et forebyggende perspektiv er det nødvendig at ledere er bevisste på å bruke mer tid på de som er på arbeid enn de som er fraværende. Dette gjelder også de som går turnus og har vakter utenom dagtid. AMUS (arbeidslivsundersøkelse) gir en indikasjon på hvilke områder det i etterkant bør fokuseres på og arbeides med. Innen utgangen av 2010 skal hver avdeling og klinikk ha en statusgjennomgang og evaluering av eget arbeid med AMUS 2008. Evalueringen skal rapporteres til IA-kontakten. Ledere skal være forberedt på AMUS 2011 og også forberede ansatte på denne undersøkelsen. Det er også nødvendig at ledere gir innspill til utarbeidelse av seniorpolitisk handlingsplan for HNT. Videre skal ledere kunne gi sine medarbeidere et kunnskapsløft på deres medvirkningsansvar for å øke nærværet, og forventinger som stilles til dem gjennom oppfølgingssamtaler og dialogmøter. Et ansvar er

også å tilrettelegge slik at både ledere og medarbeidere øker sin aktivitet - særlig blant de som er lite aktive fysisk og sosialt. Det skal legges vekt på å øke psykisk- så vel som fysisk helse og velvære. Velferdskonsulent Stig Lundhaug vil være aktuell samarbeidspartner ved planlegging av slike tiltak. Det har blitt opprettet en 50 % stilling som har som hovedarbeidsoppgave å øke fysisk aktivitet blant HNTs medarbeidere. Tilsetting vil skje før 15.11.10.

C. Oppfølging av anbefalte tiltak i rapporten HNTs IA-policy

1. Medarbeidersamtalen

Klinikkledelse og avdelingsledelse skal bruke medarbeidersamtalen aktivt i det forebyggende nærværarbeidet. Nærværarbeidet med et forebyggende fokus skal inn som del av HNTs mal for medarbeidersamtalen.

2. Klare mål for oppfølgingsmøter og dialogmøter/anvendelse av oppfølgingsskjemaet

Klinikk og avdelingsledelse skal sette konkrete langsiktige og kortsiktige mål i oppfølgings/dialogmøte med den enkelte. Ledere og medarbeider utfordres på å fortløpende justere delmålene i den enkelte sak iht. til utviklingen i saken, og til å starte oppfølgingssamtalene så tidlig at de kan virke forebyggende. Internt HNT-krav fra høsten 2010 er at siste oppfølgingsplan skal tas med til lege av den ansatte.

3. Kunnskapsutvikling/opplæring/medarbeidermedvirkning

Kompetanseplan for HNT vil være klar med første utgave 01.10.10. Kunnskapen og forståelsen for IA-arbeidet bør integreres som del av det kontinuerlige arbeidsmiljøarbeidet som gjøres i HNT. Den primære arenaen for læring og forventningsavklaring må være på laveste enhet med deltakelse av de sentrale aktørene.

4. Oversikt over ledige stillinger og ledige arbeidsoppgaver som kan være tilgjengelig for ansatte på aktiv sykemelding

HNTs arbeidsgruppe for etablering av tilsettingsutvalg i HNT har dette som del av sitt mandat. Klinikken og avdelingene oppfordres til å se på hvordan nærværarbeidet kan organiseres innen klinikken for å på best mulig måte sikre god samhandling om tilrettelegging innen klinikken og mellom klinikken.

5. Økt rolleklarhet hos de ulike aktørene

Klinikk- og avdelingsledelse må bruke de ulike aktørene i IA-arbeidet aktivt. Foruten den ansatte og leder er aktørene verneombudet, BHT, samt HNTs egen IA-kontakt. NAVs arbeidslivssenter er også en aktør leder kan bruke ut fra retningslinjer gitt av HNTs IA-kontakt. Direktøren skal ha halvårslige møter med tillitsvalgte der agendaen utelukkende skal være gjennomgang av nærværarbeidet i foretaket. IA-oppfølgingsgruppa vil gjennomføre halvårslige møter om nærværarbeidet med ledere, tillitsvalgte og verneombudene.

D. Endrings- og omstillingsdyktighet

HMNs strategiske plan for 2020 og Samhandlingsreformen vil utfordre alle ledere og medarbeidere på deres endrings- og omstillingsdyktighet.

Klinikk- og avdelingsledelsens ansvar på dette området vil IA-oppfølgingsgruppen komme tilbake til innen utgangen av 2010.

IA-oppfølgingsgruppa:

IA-oppfølgingsgruppa har et eget arbeidsdokument for perioden 2010-2016. Dokumentet er i tråd med målsetningene som er utformet for klinikk- og avdelingsledelse der oppfølgingsgruppas rolle blir å overvåke prosessene og spille inn der det er behov. Dette omfatter gjennomgang med BHT, NAVs arbeidslivssenter og HNTs IA-kontakt der oppfølgingsgruppa vil avstemme de ulike aktørenes forventinger til samarbeidet og behov i nærværarbeidet opp mot rammer og ressurser. Dette skal være gjort innen 15.06.10. Videre vil IA-oppfølgingsgruppa vurdere særskilte tiltak i IA-arbeidet når kompetanseplanarbeidet i HNT er klart, samt evt. tiltak ut i fra rapport fra HNTs arbeidsgruppe for etablering av tilsettingsutvalg. HNTs trainee med oppstart 1.september vil bli brukt i oppfølgings- og evalueringsarbeidet av IA-policyen.

IA-oppfølgingsgruppa vil også ha et ansvar med å forberede ledere på AMUS 2011, ta initiativ til utarbeidelse av seniorpolitisk handlingsplan for HNT, være behjelpelig med opplæring og trening av ledere i oppfølgingssamtaler og dialogmøter, samt tilsette egen ansatt i 50 % stilling som bidrar til økt fysisk aktivitet. Oppfølgingsgruppa vil konsentrere sitt arbeid ut mot klinikkene i prioritert rekkefølge. Det betyr at de først vil starte med de klinikkene som rapporterer høyest sykefravær/langtidsfravær, for å utfordre og støtte klinikkens ledere i nærværarbeidet.

På vegne av HNTs IA-oppfølgingsgruppe

Mads E. Berg
leder

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 21/2011 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	14.04.11	21/2011

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/1253

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 21/2011 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 07.04.11
2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 31.03.11
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 11.04.11
4. Driftsrapport for mars 2011
5. Arbeidsmiljøundersøkelsen 2011
6. Helseforetakenes gjennomgang mht overholdelse av arbeidstidsbestemmelser med mer i egen virksomhet
7. Organisering av PCI behandling i Midt-Norge
8. Styrets årsberetning 2010
- endelig godkjenning av styreleder jf vedtak i sak 14/2011
9. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 07.04.11 kl. 08.30 –
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 41/11-47/11
Arkivsaksnr.: 2011/13

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid
Toril Hovdenak
Bjørge Henriksen
Ingegjerd Sandberg
Jan Magne Dahle
Merethe Storødegård
Perny-Ann Nilsen
Joar Olav Grøtting
Asmund S. Kristoffersen
Ellen Marie Wøhni
Ivar Gotaas

Forfall:

Kirsti Leitrø
Olav Huseby

Regionalt brukerutvalg:

Elin Kragset Gullvåg

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim
Rådgiver Rita Bjørgan Holand (referent)
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik
Økonomidirektør Anne Marie Barane
Direktør for samhandling Daniel Haga
HR direktør Sveinung Aune
Kst. Direktør for Helsefag, forskning og utdanning Henrik A. Sandbu
Kst. Direktør for Stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød
Prosjektleder Bård Helge Hofstad

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 31.03.11. Sakspapirer, med unntak av sak 43/11 Helse Midt-Norge Langtidsplan og –budsjett 2012-2017 Prinsipper og forutsetninger, ble lagt ut i styreadministrasjonen samme dag. Sak 43/11 ble lagt ut i styreadministrasjonen 01.04.11

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 04.04.11
- Sak 43/11 vedlegg Drøftingsprotokoll
- Sak 45/11 vedlegg Helseforetakenes gjennomgang m.h.t overholdelse av arbeidstidsbestemmelser m.m. i egen virksomhet

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen.

Det var ingen kommentarer til innkalling.

Styremedlem Bjørg Henriksen ba om en orientering vedr. samarbeid i randsonen Helse Vest og Helse Midt-Norge, og med bakgrunn i Brennpunktprogram på TV om en orientering av innkjøp legemidler. Dette ble gitt under orienteringssaker.

Orientering vedr Kjøp av billediagnostiske tjenester ble av praktiske årsaker gitt først.

Sak 41/11 Referatsaker

- Møte i Regionalt brukerutvalg 31.03.11

Sak 42/11 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 28.02.2011

Forslag til vedtak:

1. Styret er tilfreds med at det fortsatt er bedring i alle kvalitetsindikatorene ventetid, fristbrudd, epikrisetid og antall korridorpasienter. Styret ber imidlertid om at det rettes spesiell oppmerksomhet mot ytterligere tiltak for å fjerne fristbrudd og redusere ventetider.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til rapporteringen av resultat og prognose pr februar til etterretning.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapportering av bemanningsutvikling og andel deltid til etterretning.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF merker seg den negative utviklingen i sykefravær sammenlignet med fjoråret og ber administrerende direktør om å følge opp foretakenes handlingsplaner med sykefraværforebyggende tiltak.
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om Strategi 2020 til etterretning.
6. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om NPSS til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret er tilfreds med at det fortsatt er bedring i alle kvalitetsindikatorene ventetid, fristbrudd, epikrisetid og antall korridorpasienter. Styret ber imidlertid om at det rettes spesiell oppmerksomhet mot ytterligere tiltak for å fjerne fristbrudd og redusere ventetider.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til rapporteringen av resultat og prognose pr februar til etterretning.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapportering av bemanningsutvikling og andel deltid til etterretning.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF merker seg den negative utviklingen i sykefravær sammenlignet med fjoråret og ber administrerende direktør om å følge opp foretakenes handlingsplaner med sykefraværsforebyggende tiltak.
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om Strategi 2020 til etterretning.
6. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om NPSS til etterretning.

Sak 43 /11 Helse Midt-Norge Langtidsplan og budsjett 2012 – prinsipper og forutsetninger

Forslag til vedtak:

1. Styret ber om at en i det videre arbeid med langtidsbudsjett for 2012-2017 vurderer om det økonomiske handlingsrommet er robust nok til at HMN kan bygge opp nødvendig egenfinansiering som muliggjør en byggestart av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal enten i 2016 eller i 2018.
2. Styret ber om at behovet for oppgradering av Lundavang planlegges på et minimumsnivå. Som grunnlag for langtidsbudsjett 2012-2017 må dette vurderes utfra en byggestart i 2016 og i 2018. I tillegg bes det om at årlig likviditetsbehov i prosjektperioden oppdateres for begge alternativ. Styret ber om at dette legges frem som egen sak.
3. Det bør legges til grunn en opptrapping innen forskning, IKT, MTU og vedlikehold til bærekraftig drift i løpet av langtidsperioden. Dersom bygging av et nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal i 2016 eller 2018 tilsier at dette må skyves ut i tid, ber styret om at evt konsekvenser beskrives i langtidsbudsjett 2012-2017.
4. Foretaksgruppens krav til effektivisering holdes på samme nivå som forutsatt i LTB 2011-2016.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret ber om at en i det videre arbeid med langtidsbudsjett for 2012-2017 vurderer om det økonomiske handlingsrommet er robust nok til at HMN kan bygge opp nødvendig egenfinansiering som muliggjør en byggestart av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal enten i 2016 eller i 2018.
2. Styret ber om at behovet for oppgradering av Lundavang planlegges på et minimumsnivå. Som grunnlag for langtidsbudsjett 2012-2017 må dette vurderes utfra en byggestart i 2016 og i 2018. I tillegg bes det om at årlig likviditetsbehov i prosjektperioden oppdateres for begge alternativ. Styret ber om at dette legges frem som egen sak.
3. Det bør legges til grunn en opptrapping innen forskning, IKT, MTU og vedlikehold til bærekraftig drift i løpet av langtidsperioden. Dersom bygging av et nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal i 2016 eller 2018 tilsier at dette må skyves ut i tid, ber styret om at evt konsekvenser beskrives i langtidsbudsjett 2012-2017.
4. Foretaksgruppens krav til effektivisering holdes på samme nivå som forutsatt i LTB 2011-2016.

Sak 44/11 Miljø og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten - sluttrapport

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til anbefalingene i sluttrapporten med tilhørende delrapporter.
2. Styret gir sin tilslutning til at samarbeidsprosjektet blir videreført i perioden 2011 – 2014.
3. Styret ber om at arbeidet med miljøledelse og miljøstyringssystem frem mot sertifisering blir prioritert i prosjektet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til anbefalingene i sluttrapporten med tilhørende delrapporter.
2. Styret gir sin tilslutning til at samarbeidsprosjektet blir videreført i perioden 2011 – 2014.
3. Styret ber om at arbeidet med miljøledelse og miljøstyringssystem frem mot sertifisering blir prioritert i prosjektet.

Sak 45/11 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

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

I styremøte 07.04.11 blir styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

Aktuelt fra foretaksgruppen

Status Helse Møre og Romsdal HF

Valg av ansatterepresentanter

Kjøp av billeddiagnostiske tjenester

Arbeidsmiljøundersøkelsen (AMUS) 2011

Utkast Årsberetning 2010

Årsrapport Arbeidsmiljøutvalget (AMU) RHF 2010

Arbeidstidsbestemmelser

Ambulansesaken Unntatt off.het § 23, 1. ledd

Vedtak

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

Sak 46/11 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 47/11 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll fra møte ble godkjent og signert.

Levanger 07.04.11

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storødegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtro

Ivar Gotaas

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøbni

Björg Henriksen

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 31.03.11 kl. 10.00 – 13.30
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 11/2011 - 19/2011
Arkivsaksnr: 2011/206

Møteleder: Hege Sørlic

Møtende medlemmer:

Hege Sørlic, rådmann Namsos
Arne Flaata, administrerende direktør
Torgeir Schmidt-Melbye, kommunelege i Leksvik
Håkon Kolstrøm, helse- og omsorgsleder Grong kommune
John Ivar Toft, klinikkleder
Hilde Ranheim, klinikkleder
Øystein Sende, klinikkleder
Bente Haugdahl, repr. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Åshild Nymo, leder Namdal Rehabilitering IKS

Forfall:

Tomas I Hallem
Dagfinn Thorsvik

Møtende varamedlem:

Øivind Stenvik

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF møtte:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Ellers møtte: Øystein Bjørnes, leder Brukerutvalget

Merknader til innkalling og sakliste:

Det ble følgende endring i behandlingen av sakene:
Sak 18 ble behandlet etter sak 14

Innkalling utsendt pr. e-post 16.03.11
Saksframlegg publisert på internettløsningen for styreadministrasjon.

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Sak 11/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 10.02.11

Protokoll:

Det ble vist til protokollen

Vedtak:

Møteprotokollen godkjennes.

Sak 12/2011 Orienteringer fra leder i samarbeidsutvalget og adm. dir. HNT

Protokoll:

Leder i Samarbeidsutvalget orienterte om:

- at KS og enkelte kommuner har uttalt seg til revidering av Prehospital plan for Helse Midt-Norge. Det ble referert til punkter i uttalelsene som var felles for KS og kommunene
- ansettelse av hovedprosjektleder/samhandlingskoordinator. Laila Steinmo er ansatt i stillingen
- at kommunene avventer endelig lovendring i forbindelse med samhandlingsreformen.

Administrerende direktør Arne Flaatt orienterte om:

- revidering av prehospital plan i Helse Midt-Norge som behandles i styremøte 14. april – og begrunnelsene for adm.direktørs innstilling i styresaken
- status oppfølging av HNTs krav i Strategi 2020
- besøk fra ledergruppen i Helse Nordmøre og Romsdal.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering

Sak 13/2011 Status oppfølging handlingsplanen (felles strategi)

Protokoll:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås gjennomgikk status på samhandlingstiltak som er iverksatt og gjennomført i henhold til "Felles strategi – Handlingsplanen". Totsås viste til tiltak som Samarbeidsutvalget har ansvar for - skal igangsettes.

Totsås viste til øvrige tiltak som må følges opp i Handlingsplan i 2011 - 2012

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Sak 14/2011 Status, planer og tiltak fra samkommunen Levanger/Verdal

Protokoll:

Kommunalsjef helse, Jon Ketil Vongraven i Innherred Samkommune orienterte om samkommunens arbeid med å kartlegge utfordringer og igangsatte prosesser for å få forankret planverk som skal utarbeides for å få oppfylt krav i samhandlingsreformen. Vongraven gjorde videre rede for hvordan samkommunen var organisert, med tanke på å løse oppgaver/utfordringer.

Presentasjonen vedlegges protokollen.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering

Sak 15/2011 Utviklingssenter for sykehjem i Nord-Trøndelag (Verdal bo - og helsetun - Verdal kommune). Senterets rolle og oppgaver i helsetjenesten i NT

v/Une Hallem utviklingskoordinator

Protokoll:

Saken utgår

Sak 16/2011 Orientering fra Fylkesmannen i NT: Samhandling om felles framtidig statistikkgrunnlag – kommuner og helseforetak

Protokoll:

Rådgiver Bente Haugdahl hos Fylkesmannen i Nord-Trøndelag orienterte om bakgrunnen for og status på pågående prosess med å utvikle en standardisert analyse og kunnskapsbase, et samarbeidsprosjekt mellom Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Helse Nord-Trøndelag og Nord-Trøndelag Fylkeskommune.

Det forventes et svar fra departementet om kort tid når det gjelder finansiering av et slik prosjekt.

Presentasjonen vedlegges protokollen

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering og forutsetter fortløpende orientering om framdrift.

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Sak 17/2011 Oppnevning av arbeidsgruppe – forberede grunnen for nye ”avtalekonsept” mellom kommune og HF. Mandat. (jfr. handlingsplanen)

Protokoll:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås la fram forslag om at Samarbeidsutvalget oppnevner en arbeidsgruppe - med foreløpig mandat for arbeidet. Totsås tilrår at arbeidsgruppens medlemmer og mandat er på plass i god tid innen 9. juni 2011.

Samarbeidsutvalget vil da kunne oppnevne arbeidsgruppe og godkjenne mandat i siste møte før sommerferien.

Det avklares om rehabiliteringsinstitusjonene vil være aktuell i en slik arbeidsgruppe

Vedtak:

Samarbeidsutvalget gir samhandlingssjef Kari Bratland Totland i oppdrag å forberede sak med forslag til mandat for nyoppnevning av en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen vil ha ansvar for å utarbeide forslag til ny Basisavtale mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag.

Arbeidsgruppen må forholde seg til den avtalestruktur og føringer som etter hvert forutsettes å foreligge fra nasjonale helsemyndigheter i henhold til nye lovendringer.

Sak 18/2011 Oppnevning av programkomite for Samarbeidskonferansen 2012 (Jubileumskonferanse?)

Protokoll:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås minnet om at Samarbeidskonferansen 2012 har 10 års – jubileum, og ba Samarbeidsutvalget vurdere om neste års arrangement skulle være en jubileumskonferanse.

Totsås ba om at oppnevning av medlemmer i programkomiteen skjer før neste møte i Samarbeidsutvalget.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget vedtar at Samarbeidskonferanse 2012 blir arrangert som en jubileumskonferanse.

Forslag til medlemmer i programkomiteen meldes til Hege Sørli innen 15.4.11.

Sak 19/2011 Eventuelt

Protokoll:

Ingen punkter.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 11.04 2011 kl. 11.00 – 14.00
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 17/2011 – 22/2011
Arkivsaksnr: 2011/56

Møteleder: Øystein Bjørnes

Møtende medlemmer:

Øystein Bjørnes

Astrid Marie Bakken

Ola Larsen

Ole Flakken

Lillian Svedjan Blæstervold

Forfall:

Hildur Fallmyr

Grete Aspaas

Møtende vararepresentant:

Ingen.

Fra administrasjonen møtte:

Administrerende direktør

Arne Flaot

Informasjonssjef

Trond G. Skillingstad (referent)

Samhandlingssjef

Kari Bratland Totsås

Leder Prehospital klinikk

Rune Modell

Merknad til møte og sakliste:

Tilleggssak, BU 22/2011, om oppnevning av brukerrepresentanter.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 17/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 14.03 2011

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møte 14.03 2011 godkjennes.

Sak 18/2011 Revisjon av prehospital plan

Protokoll

Administrerende direktør gikk gjennom framlagt styresak om prehospital plan. Styresaken er fundert i revisjon av gjeldende regionale plan for Prehospital tjenester. Det ligger også til grunn en henvendelse fra styret i Helse Midt-Norge RHF med innhenting av synspunkt på prinsipielle standpunkt.

Administrerende direktør viste til sin innstilling i saken.

Vedtak

Brukerutvalget støtter administrerende direktørs innstilling i saken.

Sak 19/2011 Orienteringer

Protokoll

1. Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 14.04.11
 - Administrerende direktør gikk gjennom saker og orienteringer som gis i neste styremøte.
2. Andre orienteringer
 - *Det ble ikke gitt andre orienteringer.*

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 20/2011 Tema: Samhandling

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås orienterte.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 21/2011 Tema: Pasientreiser

Leder av Prehospital klinikk, Rune Modell, orienterte og ga omvisning i lokaler for pasientreiser.

Sak 22/2011 Oppnevning av brukerrepresentanter

Protokoll

Trond G. Skillingstad viste til utfylte skjema i tråd med vedtatt prosedyre for oppnevning av brukerrepresentanter.

Vedtak

Brukerutvalget oppnevner følgende brukerrepresentanter i prosjekt/arbeidsgrupper:

- | | |
|---|---------------------------------|
| - Gruppeopplæring MS | Eli Engebretsen |
| - Gruppeopplæring ME | Ann Kristin Buchholdt |
| - Gruppeopplæring hjerneslag, Sykehuset Namsos | Inger Lise Skarland |
| - Gruppeopplæring om tinnitus, Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger | Anne Sandberg |
| - Kurs for kronisk lungesyke | Grete Hansen |
| - Gruppeopplæring for de som har hatt hjerneslag og deres pårørende, Sykehuset Levanger | Lajla Eidsvik + en representant |

Astrid Marie Bakken kontakter FFO for forslag til ekstra representant i prosjektet:

Gruppeopplæring for de som har hatt hjerneslag og deres pårørende, Sykehuset Levanger

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Orienteringssak: 45/11

Helseforetakenes gjennomgang m.h.t. overholdelse av arbeidstidsbestemmelser m.m. i egen virksomhet

Helseforetakenes gjennomgang m.h.t. overholdelse av arbeidstidsbestemmelser m.m. i egen virksomhet

Det har blitt avdekket en rekke brudd på arbeidstidsbestemmelsene innen ulike bransjer i den senere tid. Helseforetakene har derfor gjennomgått egen virksomhet for å kartlegge situasjonen i 2010 og de er i ferd med å iverksette tiltak. Det er det enkelte helseforetak som, i kraft av sin arbeidsgiverfunksjon, har det fulle og hele ansvar for at driften er i tråd med lover og avtaler.

Det er et relativt omfattende rammeverk både knyttet til arbeidsmiljølov, dispensasjonsbestemmelser fra denne og tariffavtaler, som regulerer arbeidstid, hviletid og fritid for ulike yrkesgrupper innen spesialisthelsetjenesten. Selv om Helse Midt-Norge har gjennomgående støttesystemer er det begrensninger i rapporteringsmulighetene og det kreves derfor mye manuelt arbeid.

Foretakenes gjennomganger systematiseres slik:

1. Kartlegging av eventuelle brudd på arbeidstidsbestemmelser. Her kartlegges omfanget av eventuelle avvik knyttet lovens begrensninger i samlet arbeidstid/overtid knyttet til døgn, uke, måned og år.
2. Iverksetting av kortsiktige og langsiktige tiltak i helseforetakene for å sikre at slike avvik ikke skjer i fremtiden.
3. Parallelt med foretakenes gjennomganger, iverksettes et regionalt prosjekt for videreutvikle systemstøtten slik at det sikres automatisert sjekk og varsling knyttet til avvik av alle lov- og avtalebestemmelser og bedrede rapporteringsmuligheter. Dette utviklingsarbeidet må ses i sammenheng med bedring i systemstøtten for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og planlegges ferdigstilt 1. oktober

1. Kartlegging

Situasjonen angående brudd på arbeidstidsbestemmelsene i helseforetakene for 2010, så langt de har kartlagt:

- Helse Nordmøre og Romsdal – ca 2.000 brudd
- Helse Nord-Trøndelag – ca 1.000 brudd
- St. Olav Hospital – ca 6.000 brudd
- Helse Sunnmøre – ca 4.500
- Rusbehandling Midt-Norge - ca 60

Rapporten bygger på uttrekk fra ressursplanleggingssystemet og manuell rapportering. Det er avdekket en del feilkilder i systemet som kan medføre et for høyt rapportert antall brudd.

Omfanget viser at det i snitt er ca 0,7 brudd pr. ansatt i 2010 i Helse Midt-Norge. Selv om gjennomsnittstallet ikke synes avskrekkende, er det ikke akseptabelt og foretakene iverksetter nå tiltak for å forbygge at brudd ikke skal skje fremover.

2. Tiltak

Helseforetakene har rapportert følgende tiltak:

- Aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging som omfatter bla kalenderplan med godt planlagte sommerturnuser og høytidsturnuser. Dette vil skape større forutsigbarhet, både for arbeidstakere, ledere og ikke minst pasientene. Det vises til oppdragsdokument og foretaksprotokoll, hvor dette er tatt inn som et krav.
- Kompetanseheving på lov og avtaler.
- Kompetanseheving på bemanningsplanlegging og effektiv bruk av støtteverktøy.
- Bedre styring og koordinering av vikarer og innleiepersonell.
- Bedre kontroll (internrevisjoner / utvikling av styrings- og rapporteringssystemer).
- Bedre samarbeid mellom enheter.

Å lykkes med disse tiltakene kreves samarbeid mellom arbeidsgiver, arbeidstakerorganisasjonene og verneombudene slik at gode arbeidsplaner sikres.

Helse Midt-Norge RHF har bedt om å bli holdt løpende orientert om foretakenes gjennomgang.