

Styrets medlemmer

|                      |                    |               |               |
|----------------------|--------------------|---------------|---------------|
| <b>Vår ref.:</b>     | <b>Deres ref.:</b> | <b>Arkiv:</b> | <b>Dato :</b> |
| 2011/428 - 2894/2011 |                    | 012           | 10.02.2011    |

**Innkalling til styremøte 150211**

**Møtedato:** Tirsdag 15. februar 2011 kl. 1000

**Møtested:** Sykehuset Namsos – Psykiatrisk klinikk – Store møterom

- |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sak 06/2011</b> | <b>Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 17.01.11</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Sak 07/2011</b> | <b>Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksmøteprotokoll av 8.02.11. Oppfølging fra administrerende direktør</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Sak 08/2011</b> | <b>Pasient- og brukerombudets årsrapport 2010</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Sak 09/2011</b> | <b>Kvalitetsutvalgets årsrapport 2010</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Sak 10/2011</b> | <b>Prehospital plan for Helse Midt-Norge</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Sak 11/2011</b> | <b>Oppfølging av revisjonsrapport fra Helse Midt-Norge - etterlevelse av pasientrettigheter</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Sak 12/2011</b> | <b>Orienteringssaker:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><b>1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 21.01.11 og 03.02.11</b></li><li><b>2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 10.02.11</b></li><li><b>3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 14.02.11</b></li><li><b>4. Driftrapport for januar 2011</b></li><li><b>5. Strategi 2020 – Delprosjekt: Fordeling av elektiv kirurgi i Helse Midt-Norge</b></li><li><b>6. Kreftbehandling i Helse Nord-Trøndelag. Status og pasientopplevd kvalitet</b></li><li><b>7. Andre orienteringer</b></li></ul> |

Med hilsen  
Steinar Aspli  
Styreleder  
Sign.

Kopi:  
Styrets varamedlemmer

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 20.01 2011 kl. 10.00 – 15.00  
Møtested: Sykehuset Levanger  
Saksnr.: 01/2011 – 05/2011  
Arkivsaksnr.: 2011/77

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Siw Bleikvassli

Torbjørge Vanvik (fratrådte under behandling av sak 04/2011)

Ragnhild Torun Skjerve

Peter Himo

Jørgen Selmer

Rolf Gunnar Larsen

Torgeir Schmidt-Melbye

Forfall:

Inger Anne Holm

Margrete Mære Husby

Møtende vararepresentant:

Lillian Hagen Bjørklund

Fra Brukerutvalget møtte: Hildur Fallmyr

Fra Samarbeidsutvalget møtte: Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Adm. direktør Arne Flaot

Assisterende direktør Mads E. Berg

Økonomisjef Tormod Gilberg

Fagsjef Dagfinn Thorsvik

Spesialrådgiver Kristian Eldnes

IKT-sjef Helge Gundersen

Avdelingsleder LMS Ann Kathrin Hagen Røstad

Informasjonssjef Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader

Innkalling utsendt pr. e-post 13.01 2011. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

# **HELSE NORD-TRØNDELAG HF**

## **STYRET**

### **MØTEPROTOKOLL**

#### **Sak 01/2011 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.12.10**

##### **Protokoll**

Administrerende direktør viste til bestilling om prehospitale tjenester, og informerte om utsettelse i den regionale behandlingen. Saken er derfor ikke forberedt for dagens styremøte i Helse Nord-Trøndelag.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

##### **Vedtak**

Møteprotokoll fra styremøtet 14.12.10 godkjennes.

---

#### **Sak 02/2011 Årlig melding 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF**

##### **Protokoll**

Administrerende direktør gjennomgikk årlig melding for Helse Nord-Trøndelag for 2010. Det ble vist til høy grad av måloppnåelse når det gjelder oppdrag i styringsdokument og foretaksmøter. Administrerende direktør gjorde spesielt rede for styringskrav som ikke er gjennomført som forutsatt, samt meldingens plandel.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

##### **Vedtak**

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar Årlig melding 2010. Årlig melding 2010 oversendes Helse Midt-Norge RHF.
  2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF forutsetter at oppfølging og gjennomføring av strategi 2016 vil gi ytterligere forbedringer i forhold til faglige og økonomiske utfordringer framover i tid i Helse Nord-Trøndelag HF.
- 

#### **Sak 03/2011 Systemtilsyn med spesialisthelsetjenesten 2. halvår 2010, fra Helsetilsynet**

##### **Protokoll**

Kvalitetssjef Tor Ivar Stamnes gjennomgikk to gjennomførte systemtilsyn andre halvår 2011:

- Rapport - Tilsyn med små fødeavdelinger Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Namsos, datert 20.07.10.
- Tilsyn med spesialisthelsetjenester til barn og unge med psykiske problem ved Helse Nord-Trøndelag HF, BUP Namsos – rapport, datert 26.11.10.

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

### MØTEPROTOKOLL

Stamnes gjennomgikk vurderingene som er gjort i tilsynene. Det ble spesielt gått inn på avvik og merknader, samt hvordan Helse Nord-Trøndelag har fulgt opp det som er påpekt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

#### **Vedtak**

Styret tar saken til orientering.

---

#### **Sak 04/2011 Ny finansieringsmodell**

##### **Protokoll**

Torbjørgh Vanvik ønsket å fratre styret under behandling av saken, fordi saken ennå ikke er ferdig behandlet av Helse Midt-Norges administrasjon og at saken kan gi ulike vedtak i de lokale helseforetakene hvor hun representerer det regionale helseforetaket.

Styret i Helse Nord-Trøndelag vedtok enstemmig at Torbjørgh Vanvik kunne fratre styret under behandling av saken.

Økonomisjef Tormod Gilberg gikk gjennom forslag til ny finansieringsmodell med virkning fra 2012, og gjorde rede for administrasjonens innstilling overfor styret i Helse Nord-Trøndelag. Administrerende direktør viset til tidligere styrebehandlinger knyttet til finansieringsmodeller nasjonalt og regionalt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

#### **Vedtak**

Styret for Helse Nord-Trøndelag anbefaler at Magnussen-modellen tas i bruk ved fastsetting av basisramme til helseforetakene i regionen i framtidige budsjett.

---

#### **Sak 05/2011 Orienteringssaker**

##### **Protokoll**

1. *Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 13.01.11*
  - Steinar Aspli viste til behandlede saker av vesentlig betydning for Helse Nord-Trøndelag, spesielt vedtak i sak 05/2011 i det regionale styret om disponering av overskudd i helseforetaket.
2. *Protokoll fra møte i Brukerutvalget 17.01.11*
  - Hildur Fallmyr gjorde rede for saker behandlet på møtet.
3. *Protokoll fra foretaksmøte 19.01.11 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF*

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

### MØTEPROTOKOLL

- Steinar Aspli gjorde rede for protokollen.
  
- 4. *Orientering om drift desember 2010*
  - Assisterende direktør Mads E. Berg gjennomgikk tilgjengelige resultater på sentrale drifts- og kvalitetsindikatorer fra desember.
  
- 5. *IT-tjenester og kostnadsutvikling*
  - Assisterende direktør Mads E. Berg orienterte om hvordan kjøp av IKT-tjenester i Helse Midt-Norge er organisert innen det regionale helseforetaket. Helse Nord-Trøndelags utgifter til Hemit har økt fra om lag 43 millioner i 2006 til 60 millioner i 2009. Estimerte kostnader i 2010 er 71 millioner. Kostnadsøkningen følger en opprusting av regional IKT-infrastruktur med innføring av flere nye, store IT-systemer. Berg gjorde spesielt rede for innføring av talegjenkjenningssystem, og hvordan systemet har bidratt til vesentlig nedbemanning innen skrivejeneste, med kostnadsreduksjon på om lag 8 millioner årlig.
  
- 6. *Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF*
  - Administrerende direktør informerte om foreløpig styringsdokument. Styringsdokument blir formelt overlevert fra Helse Midt-Norge til Helse Nord-Trøndelag i foretaksmøte i februar.
  
- 7. *Pasient- og pårørendeopplæring. Lærings- og mestringssenteret. Status i Nord-Trøndelag*
  - Leder for helseforetakets Lærings- og mestringssenter, Ann Kathrin Hagen Røstad, gjorde rede for status for senterets virksomhet.
  
- 8. *Korrigert møteplan for styret 2011*
  - Februarmøtet settes til 15. februar 2011. Junimøtet avholdes, som i ordinær plan, 16. juni 2011.
  
- 9. *Status DMS Inn-Trøndelag*
  - Administrerende direktør gjorde rede for status i etableringen av DMS Inn-Trøndelag.
  
- 10. *Andre orienteringer*
  - Styret ber om at Pasient- og brukerombudet inviteres til styremøte for gjennomgang av sin årsmelding.
  - Rapport om kreftbehandling – Dagfinn Thorsvik orienterte kort om PasOpp (nasjonal pasienttilfredshetsundersøkelse, data innhentet høsten 2009) rettet mot pasienter til kreftbehandling. Hovedkonklusjon viser at Helse Midt-Norge skårer høyt av regionene, og Helse Nord-Trøndelag skårer høyt i Midt-Norge.
  - To sentrale stillinger i Helse Nord-Trøndelag blir utlyst. Dette gjelder stilling som Fagsjef og stilling som FOU-leder.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

**Vedtak**

Styret tar sakene til orientering

Levanger, 20.01. 2011

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Siw Bleikvassli

Torbjörg Vanvik

Ragnhild Torun Skjerve

Jørgen Selmer

Rolf Gunnar Larsen

Peter Himo

Lillian Hagen Bjørklund

Torgeir Schmidt-Melbye

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 07/2011 Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksmøteprotokoll av 08.02.2011. Oppfølging fra administrerende direktør.

|                                    |                 |                       |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Saken behandles i:</b>          | <b>Møtedato</b> | <b>Møtesaksnummer</b> |
| Styret for Helse Nord-Trøndelag HF | 15.02.11        | 07/2011               |

**Saksbeh:** Kristian Eldnes

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/428

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar redegjørelsen om eiers overordnede styringsbudskap, gjennom styringsdokument for 2011 og foretaksmøteprotokoll av 08.02.11 til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar forslaget fra administrerende direktør til oppfølging av styringsdokumentet for 2011 og foretaksmøteprotokollen av 08.02.11 til etterretning.

## **SAKSUTREDNING:**

**Sak 07/2011 Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksmøteprotokoll av 08.02.2011. Oppfølging fra administrerende direktør**

## **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

### **Nummererte vedlegg som følger saken**

1. Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF 08.02.10. Krav og rammer for 2011.

### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

1. Oppdragsdokument 2011 for Helse Midt-Norge RHF fra Helse og omsorgsdepartementet.

## **GJELDENDE FORUTSETNINGER**

Helse Nord-Trøndelag HF fikk overlevert Styringsdokument for 2011 i foretaksmøte 08.02. 2011.

Styringsdokumentet bygger på

- Oppdragsdokument 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Midt-Norge RHF
- Strategier og handlingsplaner vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF

I tillegg skal Helse Nord-Trøndelag HF følge opp krav fra foretaksmøte 08.02.11 i henhold til protokoll av samme dato og tidligere styringskrav som er relevante.

Styringsdokumentet for 2011 inneholder de vilkår og forutsetninger som ligger til grunn for bevilgningen til Helse Nord-Trøndelag HF sin virksomhet i 2011 og vil sammen med foretaksprotokollen utgjøre det samlede styringsbudskapet til helseforetaket.

Det påpekes at lover, forskrifter og andre myndighetskrav utgjør rammene for Helse Nord-Trøndelag. Systemene for planlegging, utføring, oppfølging og evaluering skal være dokumenterte !

## **OPPBYGGING OG RAPPORTERINGSKRAV**

Styringsdokumentet har en oppbygning der mål og føringer på de ulike områder blir beskrevet innledningsvis for hvert tema. Deretter følger oppgaver og styringsparametre for 2011 som skal bidra til å oppfylle målene. Relevante målsettinger og krav gitt i tidligere styringsdokument er gjeldende. Oppgaver og styringskrav for 2011 er valgt ut fra en risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområder.

Helse Midt-Norge RHF har lagt opp til et system der oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen.

Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen.

Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og eventuelt om ikke hvilke nye tiltak som iverksettes.

Helse Nord-Trøndelag HF har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes til Helse Midt-Norge RHF når slike avvik blir kjent.

Årlig melding skal være en samlet tilbakemelding på styringskrav som fremgår av styringsdokumentet for 2011 og i protokoll fra foretaksmøte.

Frist for innsendelse av styrets årlige melding er januar 2012.

## **FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING**

### **Oppfølging og ansvarsavklaring**

Administrerende direktør har i sin oppfølging av eiers samlede styringsbudskap for 2011 lagt til rette for at budskapet skal forankres i hele helseforetaket og i tråd med Helse Midt-Norges overordnede krav og rammer.

Ansvarlige skal sørge for å gjøre risikovurderinger og ha risikostyring på sine områder.

### **Gjennomgående styringssystem i Helse Nord-Trøndelag HF**

Helse Nord-Trøndelag HF har nå et gjennomgående styringssystem som består av felles liste med RHF over alle mål, oppgaver og tilhørende styringsparametere. Alle disse punktene risikovurderes.

Risikostyring og internkontroll skal bli en integrert del av den samlede mål- og resultatstyringen i foretaket.

I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF samlet grunnlagsdata og utviklet egne styringskort for HF og klinikker (web-basert).

Her rapporteres det i forhold til fem områder: (Brukes i egen strategiplan)

- Pasientbehandling
- Kvalitet, fagutvikling og forskning
- Medarbeiderutvikling
- Samhandling
- Økonomi og ressursstyring

Dette gir oss et sammenhengende system fra strategisk til operativt nivå. Vi bruker de samme hovedområdene både i strategi 2016 og i styringskortene.

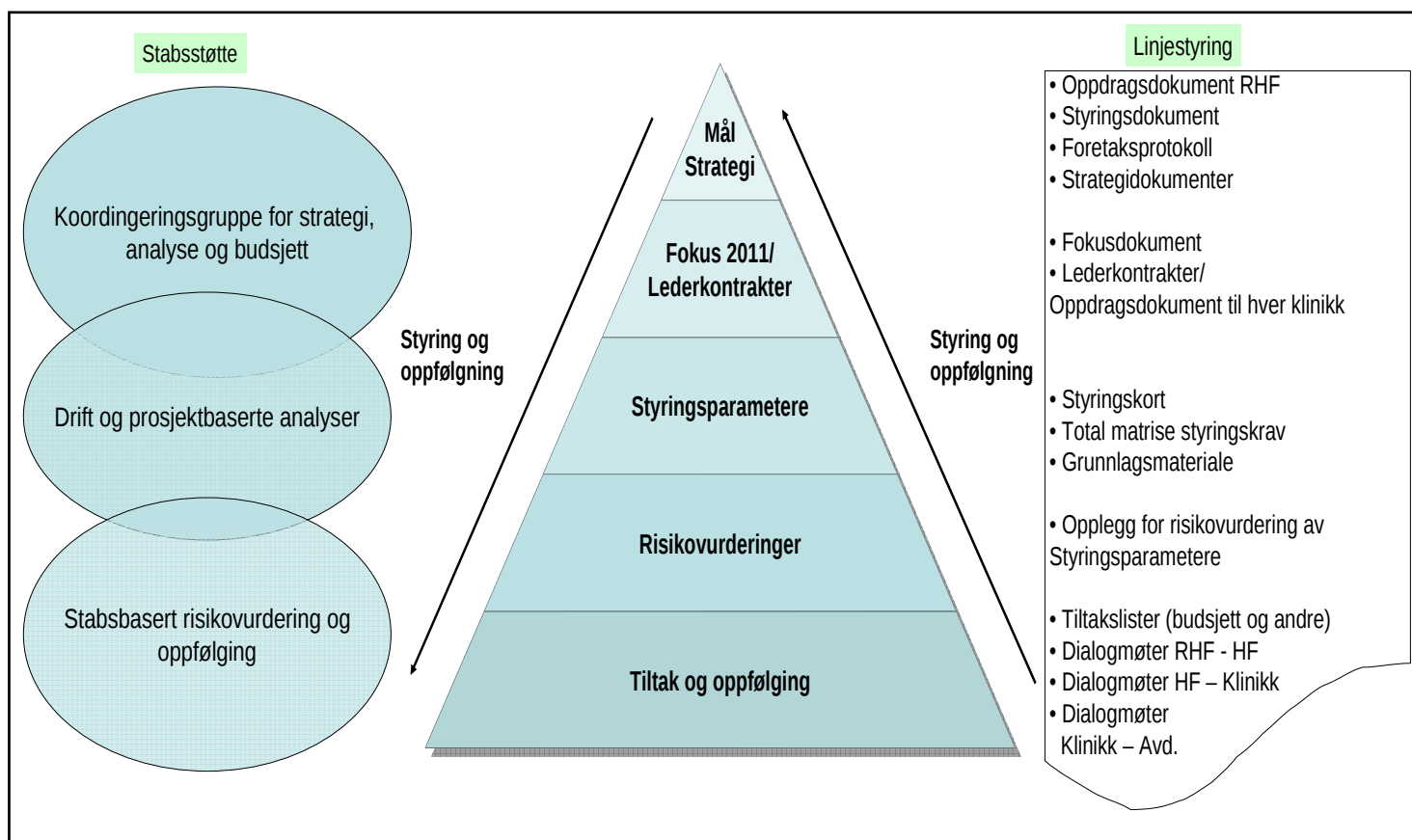
For oppfølging i "linjen" av mål, oppgaver og tiltak inngås det lederavtaler mellom direktøren og klinikklederne. Disse lederavtalene bygger på styringskortene og følges opp gjennom jevnlig dialogmøter mellom adm.direktør/ass.dir./fagsjef og klinikkleder.

Helse Midt-Norge RHF gjennomfører lignende dialogmøter jevnlig med adm.direktør i RHF og adm.dir. i HF som hovedaktører. (Varierende antall ledere/rådgivere deltar sammen med AD ene)

For øvrig rapporteres det månedlig gjennom ØBAK (Ø=Økonomi, B= Bemanning, A=Aktivitet, K=Kvalitet) Rapportene sendes fra HF til RHF. Sluttliges legges det også frem AD-rapporter (Adm.direktør) i hvert styremøte i Helse Nord-Trøndelag.

Modell for nytt gjennomgående styringssystem følger nedenfor. I figuren er det også angitt stabens roller og ansvar, der ny koordineringsgruppe for strategi, analyse og budsjett inngår. Det er også skissert hvilke dokumenter som bør inngå i styring som skjer gjennom linjeansvaret, og som vil bli

presentert i en helhetlig web-løsning. Det presiseres at hovedansvaret alltid ligger til linjen, men for å kunne bidra til en mer samlet støtte fra staben er det viktig å klargjøre både arbeidsfordeling i staben og en mer samlet kommunikasjon mot klinikkene.



## Hovedprioriteringer i 2011

Det er i Prop. 1 S (2010-2011) identifisert noen særskilte satsingsområder i 2011 for helseforetakene. Disse områdene er:

- Ventetider og fristbrudd
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Samhandlingsreformen
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Psykisk helsevern
- Kreftbehandling
- Innovasjon.

I styringsdokumentet for 2011 er følgende fremhevet:

”Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen. I Strategi 2020 legges til grunn at midler omprioriteres til de store og voksende pasientgruppene.”

## Internkontroll- og risikostyring

Risikostyring og internkontroll som en del av den samlede mål- og resultatstyringen vil bli fulgt opp gjennom de faste månedsrapportene, tertialrapportene og i årlig melding.

Styret vil få seg forelagt ledelsens gjennomgang både ved første tertialrapport og ved andre tertialrapport. Her vil det være særskilt fokus på risikovurderinger, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.

Rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter med forslag på tiltak og kontrollaktiviteter vil bli forelagt styret løpende som egne saker etter hvert tilsynsbesøk.

## **ØKONOMISKE KONSEKVENSER**

### **Resultatkrav**

Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre.

I 2011 har Helse Nord-Trøndelag HF vedtatt et budsjett med beskrevet behov for omstillingstiltak på 45 mill.kr. for å komme i balanse.

Helse Nord-Trøndelag HF forutsettes derfor å arbeide videre med intern produktivitetsforbedring, omlegging av tjenesten til dag og poliklinisk virksomhet, bedre og mer standardiserte pasientforløp m.v.

### **Investeringsmidler**

Det er bevilget 52,2 mill.kr. til investeringer i 2011 pluss 50 % av overskudd i 2010, beregnet til om lag 21,5 mill.kr.

### **Midler til psykisk helsevern**

Det er på regionalt nivå holdt av 36 mill.kr. til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom en dokumentasjon av at aktivitetsutviklingen er større enn kostnadsutviklingen. (Forbedret produktivitet.)

### **Omfordeling av rentekostnader**

Helse Nord-Trøndelag HF bidrar med omfordeling av rentekostnader på langsiktige lån på 31 % av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån. Dette medfører en reduksjon i rammen til Helse Nord-Trøndelag HF på 8,9 mill.kr. (5,9 mill.kr. i 2010)

For øvrige elementer finansiert særskilt vises til styringsdokumentet.

## **KONKLUSJON**

Oppfølging av eiers samlede styringsbudskap anses som omfattende og krevende innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon.

Administrerende direktør vil sørge for at fokus rettes mot gode behandlingsresultater, god pasientsikkerhet og god kvalitet i behandlingen. Arbeidet med å få ned ventetidene og besørge at fristbrudd ikke forekommer vil bli prioritert.

Levanger, 10.februar 2011

Arne Flaatt  
Adm.direktør  
Sign.

# **Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF**

Stjørdal, 8.februar 2011

## Innhold

|       |                                                                |    |
|-------|----------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Innledning.....                                                | 4  |
| 1.1   | Hovedprioriteringer 2011 .....                                 | 5  |
| 1.2   | Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan.....    | 5  |
| 1.3   | Gjennomføring av Strategi 2020.....                            | 6  |
| 2     | Tildeling av midler.....                                       | 7  |
| 2.1   | Resultatkrav.....                                              | 7  |
| 2.2   | Fordeling av inntekter 2011.....                               | 7  |
| 2.3   | Raskere tilbake.....                                           | 10 |
| 2.4   | Investeringsramme 2011 .....                                   | 10 |
| 2.5   | Likviditet.....                                                | 11 |
| 3     | Aktivitet .....                                                | 11 |
| 4     | Nye forskrifter.....                                           | 12 |
| 5     | Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner .....     | 12 |
| 6     | Særskilte satsingsområder 2011.....                            | 13 |
| 6.1   | Ventetider, pasientforløp og fristbrudd .....                  | 13 |
| 6.2   | Kvalitet og pasientsikkerhet.....                              | 14 |
| 6.2.1 | Kvalitetsforbedring.....                                       | 14 |
| 6.2.2 | Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning .....   | 15 |
| 6.2.3 | Pasientsikkerhet.....                                          | 15 |
| 6.2.4 | Helhetlige pasientforløp og samhandling .....                  | 16 |
| 6.3   | Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....              | 16 |
| 6.4   | Psyisk helsevern.....                                          | 17 |
| 6.5   | Kreftbehandling.....                                           | 17 |
| 6.6   | Innovasjon.....                                                | 18 |
| 7     | Andre områder .....                                            | 18 |
| 7.1   | Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.....            | 19 |
| 7.2   | Habilitering og rehabilitering.....                            | 19 |
| 7.3   | Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.....                 | 19 |
| 7.4   | Hjerteflimmerbehandling.....                                   | 20 |
| 7.5   | Behandling av sykkelig overvekt .....                          | 20 |
| 7.6   | Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)..... | 20 |
| 7.7   | Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser.....   | 20 |
| 7.8   | Ernæring og mattrygghet .....                                  | 20 |
| 7.9   | Beredskap og smittevern.....                                   | 21 |
| 7.10  | Diabetes .....                                                 | 21 |
| 7.11  | Spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre.....                 | 21 |

|      |                                                              |    |
|------|--------------------------------------------------------------|----|
| 7.12 | Opplæring av pasienter og pårørende .....                    | 21 |
| 8    | Utdanning av helsepersonell .....                            | 22 |
| 9    | Forskning .....                                              | 23 |
| 10   | Forholdet til Helsedirektoratet.....                         | 24 |
| 11   | Oppfølging og rapportering.....                              | 24 |
| 12   | Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering..... | 26 |

# 1 Innledning

Helse Midt-Norge RHF (HMN) stiller gjennom styringsdokumentet de midlene som styret i HMN har bevilget til disposisjon for Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Nord-Trøndelag HF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet. Videre skal oppgavene utføres i henhold til våre grunnleggende verdier: Trygghet, respekt og kvalitet og i samsvar med nasjonale prioriteringer. Organisasjonen skal på alle nivå kjennetegnes ved en synlig og ansvarlig ledelse.

HMN er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter.

Helse Nord-Trøndelag HF skal levere spesialiserte helsetjenester til befolkningen i henhold til rammer og krav som stilles i lover og forskrifter av myndighetsorgan og Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord-Trøndelag HF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergreper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Midlene tildelt i styringsdokumentet er forutsatt å sette Helse Nord-Trøndelag HF i stand til å realisere dette oppdraget. Helse Nord-Trøndelag HF må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten innrettes slik at ventetider til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Det forutsettes at det rettes særskilt oppmerksomhet til den polikliniske virksomheten. Fristbrudd skal ikke forekomme. Ressurser skal prioriteres til de store og voksende pasientgrupper.

For å sikre en kontinuerlig kvalitetsforbedring i Helse Nord-Trøndelag HF, skal det etableres en systematisk oppfølging av avviksmeldinger og funn fra tilsynsmyndigheter og internrevisjoner som sikrer at hele organisasjonen lærer kollektivt av feil og systemsvikt. For 2011 gjøres det spesielt oppmerksom på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenesten for eldre.

Det er en forutsetning at Helse Nord-Trøndelag HF i 2011 leverer et økonomisk resultat som angitt i kapittel 2 i dette dokumentet. Dette kravet, sammen med krav om aktivitetsvekst og kvalitetsforbedring, medfører en forventning om produktivitetsforbedring i samsvar med forutsetningene i sak 89/10 (Inntektsfordelingssaken).

Helse Nord-Trøndelag HF har fått 1000 DRG ekstra til bruk for å forebygge fristbrudd.

For å møte de store utfordringene vi står overfor med en større andel eldre innbyggere og flere pasienter med kroniske sykdommer og livsstilssykdommer, skal arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus videreføres. Dette kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag, blant annet sett i sammenheng med samhandlingsreformen. Ulikheter i oppgaveomfang og størrelse mellom sykehus skal ikke føre til ulike krav til kvalitet.

Strategi 2020 skal være førende for denne utviklingen.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Arbeidet skal baseres på prinsippet om å sentralisere det man må og desentralisere det man kan. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser.

Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å begrense bruk av ufrivillig deltid og midlertidige ansettelser i helseforetakene.

HMN vil arbeide for at ventetiden til PET/CT blir mer lik resten av landet.

HMN forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF til enhver tid setter seg inn i og forholder seg til de vedtak som fattes av styret for HMN. HMN forutsetter videre at Helse Nord-Trøndelag HF orienterer seg om Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til RHF'et.

Vi ber om at Helse Nord-Trøndelag HF legger til rette for et godt samarbeid med avtalespesialistene i sitt nedslagsområde, blant annet med målsetning om redusert ventetid for pasientbehandling.

Helse Midt-Norge RHF har avtaler med private sykehus og private røntgeninstitutt. For å nå målsetningen om redusert ventetid for pasientbehandling er det viktig at disse avtaler blir benyttet der det er nødvendig.

Styringsdokumentet har en oppbygning der mål og føringer på de ulike områder blir beskrevet innledningsvis for hvert tema. Deretter følger styringsparametre og oppgaver for 2011 som skal bidra til å oppfylle målene. Oppgaver og styringskrav for 2011 er valgt ut fra en risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområder. Relevante målsettinger og krav gitt i tidligere oppdragsdokument er gjeldende.

### **1.1 Hovedprioriteringer 2011**

Det er i Prop. 1 S (2010-2011) identifisert noen særskilte satsingsområder i 2011 for helseforetakene. Disse områdene er ventetider og fristbrudd, kvalitet og pasientsikkerhet, samhandlingsreformen, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, kreftbehandling og innovasjon.

Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen. I Strategi 2020 legges til grunn at midler omprioriteres til de store og voksende pasientgruppene.

### **1.2 Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan**

Som ledd i oppfølgingen av samhandlingsreformen har regjeringen sendt ut forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov på høring. Samtidig er det sendt ut et dokument om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015): *Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle*, som skal danne grunnlaget for en stortingsmelding om planen. Det tas sikte på at dokumentene skal fremmes for Stortinget våren 2011, og at lovendringene skal tre i kraft fra 1.1.2012. Helse Nord-Trøndelag HF bør forberede seg på oppfølging av samhandlingsreformen fra 1.1.2012.

HMN vil komme tilbake til eventuelle nye oppdrag når Stortinget har behandlet lovforslagene og stortingsmeldingen.

I 2011 må helseforetakene på ulike områder forberede seg på reformens gjennomføring i dialog med kommunene. Aktuelle områder for forberedelser kan være gjennomgang av pasientforløp for store pasientgrupper, inngå avtaler med kommunene, videre utvikling av samhandlingstiltak, samarbeidsprosjekter med kommunene om lokale tilbud og samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og forskning. Helseforetaket skal i samarbeid med kommuner kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og vurdere etablering av lokalmedisinske sentra.

### **1.3 Gjennomføring av Strategi 2020**

Strategi 2020 skal være retningsgivende i spørsmål knyttet til prioritering og førende for den utvikling som skal skje i alle deler av vår foretaksgruppe framover.

Helt sentralt i vedtaket om Strategi 2020 står vedtakspunkt 2 og 3 i sak 80/10:

(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

Disse utfordringene og målene krever bevisst omlegging av innhold og utøvelse av helsetjenester på alle nivåer i sykehus og avdelinger. Det påhviler helseforetakene et stort ledelsesansvar ved å sørge for å forankre Strategi 2020 i sine organisasjoner slik at en omlegging faktisk vil skje.

Strategi 2020 er en langsiktig strategi som det vil bli arbeidet med i årene fram mot 2020. I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF ha særlig fokus på prioritering av de store pasientgruppene, desentralisering av spesialisthelsetjenestene og reduksjon av passiv vakt.

Helse Nord-Trøndelag HF er i brev fra 20.10.2010 varslet om sin rolle i gjennomføringen av Strategi 2020. Av de til sammen 26 vedtakspunktene i sak 80-10, har styret i Helse Midt-Norge lagt gjennomføringene av ni av disse direkte til helseforetakene. Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 utarbeide en plan for hvordan helseforetaket tenker å gjennomføre hvert av disse punktene. Planen skal ha tydelige årlige fremdrifts- og innholdsmål, og ev budsjettkonsekvenser av planen skal innarbeides i helseforetakets budsjetter i tråd med fremdriften i arbeidet. Planen skal underbygge gode pasientforløp internt i helseforetaket og mellom helseforetakene i regionen, samt ivareta intensjonene i Samhandlingsreformen. I henhold til vedtakspunkt 20 i Strategi 2020 skal planen synliggjøre at det vil bli utført konsekvensanalyser og ROS-analyser av omstillingsprosessene, og det skal etableres løpende evaluering av de risikomomentene som identifiseres.

Gjennomføringsplanen vil inngå i en langtidsplan for foretaksgruppen som også skal koordineres med langtidsbudsjettet.

Øvrige aktiviteter knyttet til gjennomføring av Strategi 2020 krever også bred involvering fra Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Nord-Trøndelag HF skal prioritere deltagelse i de prosjektene og aktivitetene som forankres i Koordineringsgruppen for Strategi 2020.

### **Oppgaver**

- Utarbeide plan for gjennomføring av Strategi 2020 jfr. brev fra 20.10.2010, og med de spesifikasjoner som er gitt over. Frist for ferdigstillelse av plan er 1.5.2011
- Prioritere deltagelse i de prosjektene og aktivitetene som forankres i Koordineringsgruppen for Strategi 2020

## **2 Tildeling av midler**

Grunnlaget for Helse Nord-Trøndelag HF's inntekter fremgår av styresak 89/10 i HMN. Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1.

### **2.1 Resultatkrav**

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt et budsjett (sak 89/10) med krav om resultatmessig overskudd på 281 mill kroner i 2011. Det er fortsatt behov for at omstillingsprosesser og tiltak for å redusere kostnader fortsetter. Regionen har betydelige utfordringer knyttet til kapitalkostnader og likviditeten er presset som følge av tidligere års underskudd. Helse Nord-Trøndelag HF må ha kontinuerlig fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.

Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre.

### **2.2 Fordeling av inntekter 2011**

Tildelingen som er angitt nedenfor gir rammer for den virksomheten foretaket skal gjennomføre i 2011. Det forutsettes at beløpet skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst i 2011.

#### ***Nukleærmedisin***

Nukleærmedisin organiseres inntil videre og bemannes som en regional enhet/funksjon ved St. Olavs Hospital HF. Enheten skal gjennom ambulant tjeneste og IKT ivareta den nukleærmedisinske spesialisttjeneste ved de øvrige foretak i regionen på en forsvarlig måte. Enheten viderefører arbeidet for dette i samarbeid med de respektive ansvarlige avdelinger i de øvrige foretak.

St. Olavs vil ha det medisinske ansvaret for nukleærmedisin ved sykehusene i Ålesund og Levanger, ved siden av eget sykehus.

Kostnadsfordelingen mellom St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF gjennomføres i henhold til følgende tabell:

|                        | Assistentlege | Overlege | Kostnad pr. HF |
|------------------------|---------------|----------|----------------|
| Grunnlag inkl overhead | 1095          | 1 450    |                |
| Stolav                 | 274           | 483      | 757            |

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| HSM | 274 | 483 | 757 |
| HNT | 274 | 483 | 757 |
| HNR | 274 | 0   | 274 |

Helse Nordmøre og Romsdal bidrar inn til fremtidig kompetanse ved dekking av utgifter til assistentlege. St. Olavs fakturerer faktiske utgifter til hver av de 3 andre helseforetak, men aldri høyere enn angitt beløp. St. Olavs Hospital HF fakturerer halvårlig pr 30.06.11 og 31.12.11.

#### Oppgave:

- Helseforetaket rapporterer tertialvis på hvordan tilbudet fungerer.

#### *Psykisk helsevern*

Det er på regionnivå holdt av 36 mill kroner til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom en dokumentasjon av at aktivitetsutviklingen er større enn kostnadsutviklingen. Helse Midt-Norge RHF vil ta initiativ til den konkrete utformingen og definisjon av hva som skal inngå i aktivitetsberegningen som skal ligge til grunn, samt på hvilket tidspunkt i 2011 denne fordelingen skal skje.

#### *Poliklinisk radiologi*

Basisrammen er styrket for å øke kapasiteten innenfor poliklinisk radiologiske undersøkelser, særlig innenfor CT og MR. Dette gjelder for pasienter hvor det er mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom. Ventetiden bør ikke være over 5 uker.

Tabell 1

#### Inntektsramme budsjett 2011

| (beløp i 1 000 kr)                                | HNT              |
|---------------------------------------------------|------------------|
| Somatikk                                          | 718 405          |
| Psykisk helsevern                                 | 376 822          |
| Særfinansiering                                   | 499 681          |
| Resultatkrav                                      |                  |
| <b>Sum ramme</b>                                  | <b>1 594 908</b> |
| ISF inntekt                                       | 440 057          |
| Posedialyse                                       | 2 553            |
| Polikliniske refusjoner                           | 55 685           |
| <b>Sum ramme og estimert ISF og poliklinikk</b>   | <b>2 093 203</b> |
| Tilskudd barn som pårørende (Familieambulatoriet) | 2 500            |
| Tilskudd til raskere tilbake*                     |                  |
| <b>Sum bevilgning, jf Prop 1 S (2010-2011)</b>    | <b>2 095 703</b> |
| <b>Gjestepasientinntekt</b>                       | <b>16 266</b>    |

\* Fordeling i eget brev

I 2011 har Helse Nord-Trøndelag HF fått følgende elementer finansiert særskilt over basisrammen:

Tabell 2

| <b>Fordeling 2011 (1 000 kr)</b>                      | <b>Helse Nord-Trøndelag HF</b> |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Pasienttransport                                      | 87 602                         |
| Regionalt kjørekontor/Pasientreiser ANS               | 6 252                          |
| Ambulanser                                            | 114 719                        |
| Diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter | 49 452                         |
| HMN satsing FoU                                       | 6 806                          |
| Inntekt til økte pensjonskostnader                    | 94 010                         |
| Tilskudd differensiert arbeidsgiveravgift             | 5 074                          |
| Stjørdal DMS                                          | 4 085                          |
| Samhandlingskoordinator HNT                           | 100                            |
| Re. henvisningsmottak priv. Rehab.inst.               | 3 500                          |
| Finansiering spesielle forhold 2011, jf LTB           | -6 000                         |
| Omfordeling lånerente                                 | -8 864                         |
| Avskrivningsmidler                                    | 131 002                        |
| Stjørdal DPS                                          | 6 258                          |
| <b>Sum</b>                                            | <b>493 996</b>                 |
| <b>Psykisk helse:</b>                                 |                                |
| Nettverk for spiseforstyrrelser                       | 738                            |
| Regionale funksjoner, psykisk helsevern (spiseforst)  | 4 947                          |
| <b>Sum</b>                                            | <b>5 685</b>                   |
| <b>Totalt</b>                                         | <b>499 681</b>                 |

### ***Regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner***

Helse Midt-Norge RHF har etablert regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner lokalisert til sykehuset Levanger. Henvisningsmottaket skal motta henvisning fra alle private rehabiliteringsinstitusjoner regionen har avtale med og skal samtidig være info telefon for habilitering og rehabilitering. Mottaket blir særfinansiert med kr. 3,5 mill i 2011.

### ***Stjørdal DPS***

Helse Midt-Norge viser til styresak 87/10 fra 05.11.10 vedrørende finansiering av aktivitet i DPS Stjørdal. I styresaken vedtok styret i punkt 1 at befolkningen i kommunene Selbu, Tydal, og deler av Malvik fortsatt skal få sitt tilbud ved Stjørdal DPS. Inntektsrammen for disse kommunenes opptaksområde er gitt til St. Olavs Hospital HF. St. Olavs Hospital HF har finansieringsansvaret for døgnplassene og poliklinikk i DPS Stjørdal for pasienter fra de nevnte kommunene. St. Olavs Hospital HF skal i 2011 betale for 3 plasser. Kostnadene skal beregnes i henhold til nøkkelen i avtalen som er signert mars 2007.

Helse Midt-Norge gir i tillegg 6,258 mill kr i særskilt bevilgning for 2011 for å sikre drift og utvikling av tjenestetilbudet ved DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag HF skal i utforming av tjenestetilbudet ha særskilt fokus på samarbeidet med St. Olavs Hospital HF.

### ***Stjørdal DMS***

Helseforetaket skal videreføre driften av Stjørdal DMS

### ***Felles samhandlingsressurs***

Helseforetaket fikk i 2010 innvilget midler til traineestilling for 2 år. Helseforetaket skal videreføre dette tiltaket i 2011. Beløpet for 2011 er 100 000,- kroner.

### ***Pasientreiser***

Gjennom særfinansiering er helseforetaket tildelt midler for utbetaling til transportører og pasienter i hht forskrift og gjeldende kontrakter

### ***Drift av pasientreisekontor***

Helseforetaket er for 2011 tildelt særfinansiering for ny aktivitet knyttet til drift av pasientreisekontoret

### ***Ambulansedrift***

Gjennom særfinansiering er helseforetaket tildelt midler for utbetaling til kontraktører/egen drift etter gjeldende kontrakter

### ***Diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter***

Det fordeles totalt 249 mill kr til diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter. Beløpet for Helse Nord-Trøndelag HF for 2011 er 49,452 mill kroner.

### ***Forskning og utdanning***

Helse Midt-Norges vedtatte regionale forskningsstrategi styrer mot 3,0 % av rammen avsatt til forskning. For å nå denne rammen har Helse Midt-Norge påbegynt en opptrapping frem mot 2014 som synliggjøres i særfinansieringen. Midlene stilles til disposisjon gjennom årlig opptrapping og det forventes at foretakene innretter seg slik at forskningsaktiviteten er på forventet nivå i 2014.

Helse Nord-Trøndelag HF har fått tildelt følgende til forskning og utdanning:

- 6,806 mill kroner

Helse Nord-Trøndelag HF skal innenfor økning av FoU-midler ivareta forskningsprosjekter som gjenspeiler prioriteringene i Strategi 2020.

Ev inntekter fra andre finansieringskilder som skal brukes til FoU skal komme i tillegg til dette.

Det er videre satt av forskningsmidler under Helse Midt-Norge RHF, som vil bli fordelt av Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og universitetet etter søknad.

### ***Omfordeling rentekostnader langsiktig lån***

Det er lagt til grunn en omfordeling av 31% av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån, totalt 130,7 mill kr.

Dette medfører en reduksjon av rammen til Helse Nord-Trøndelag HF på totalt 8,86 mill kr.

## **2.3 Raskere tilbake**

Helse Midt-Norge har i 2011 fått tildelt 104,258 mill kroner knyttet til ordningen "Raskere tilbake", (herav 3,8 mill kr til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 37,258 mill kr til drift av Hysnes Helsefort). Aktivitet som kommer inn under ordningen dekkes særskilt og skal ikke finansieres av inntektsfordelingen beskrevet i pkt 2.2. Tildelingen av ramme for "Raskere Tilbake" og Hysnes Helsefort blir kommunisert i eget brev.

## **2.4 Investeringsramme 2011**

For tildeling av investeringsramme for 2011 vises det til sak 5/11 Helse Midt-Norge – Investeringsbudsjett 2011

*tall i 1000 kr*

| <b>Planlagte investeringer</b>                 | <b>Helse Nord-Trøndelag<br/>HF</b> |
|------------------------------------------------|------------------------------------|
| Bygg / HMS                                     | 3 700                              |
| MTU                                            | 23 513                             |
| EK-innskudd KLP                                | 5 993                              |
| Psykatribygg Namsos                            | 19 000                             |
| Investeringer knyttet til overskudd forrige år | 21 500                             |
| <b>Sum investeringsbudsjett</b>                | <b>73 706</b>                      |

I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak.

## **2.5 Likviditet**

Helse Nord-Trøndelag HF kan ikke ta opp lån eller driftskreditter ut over det som gis av eller fastsettes av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg til regelmessig rapportering av likviditetsprognose må eier varsles i god tid, og senest 8 uker før ved eventuelt behov for utvidet driftskreditramme. Administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF kan i deler av året, av hensyn til foretaksgruppens totale ramme, fastsette en lavere ramme for driftskreditten.

## **3 Aktivitet**

Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for den aktivitet i pasientbehandlingen i Helse Nord-Trøndelag HF som er bestilt jfr. tabell 4 og 5.

Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene skal dekke hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Det er avgjørende at helseforetaket er seg dette bevisst for å kunne oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.

Det forutsettes at Helse Nord-Trøndelag HF planlegger sin virksomhet slik at en større andel av aktiviteten skjer ved dag og poliklinisk behandling enn gjennom behandling ved innleggelse, og at aktivitetsveksten er større innenfor psykisk helsevern enn innenfor somatikk.

Videre forutsettes det at Helse Nord-Trøndelag HF innretter aktiviteten slik at ventetiden reduseres for de pasienter som har ventet lengst og slik at avtalte behandlingsfrister blir overholdt. Fristbrudd skal ikke forekomme. Aktiviteten i foretaket skal gjenspeile prioriteringen i Strategi 2020 av de store og voksende pasientgruppene.

HMN vil kunne ta opp spørsmålet om mulig avkortning av basisinntekten dersom avvik fra aktivitetsmålsettingen blir for stort.

### **Aktivitetsmål 2011 Psykisk helsevern**

For 2011 blir midlene fordelt på samme måte som foregående år, etter befolkningsstørrelse, men det er satt opp aktivitetsmål innenfor de ulike områder (referanse styresak 89/10)

Tabell 4

|            | Psykisk helsevern for voksne |               |              | Psykisk helsevern for barn og unge |               |              |
|------------|------------------------------|---------------|--------------|------------------------------------|---------------|--------------|
|            | Polikl. Kons.                | Utskrivninger | Oppholdsdøgn | Polikl. Kons.                      | Utskrivninger | Oppholdsdøgn |
|            | forventet                    | forventet     | forventet    | forventet                          | forventet     | forventet    |
|            | 2011                         | 2011          | 2011         | 2011                               | 2011          | 2011         |
| <b>HNT</b> | 43 000                       | 1 500         | 30 000       | 16 000                             | 130           | 2 100        |

### Somatikk

Helseforetakets aktivitetsmål knyttet til somatikk settes for 2011 til følgende; ref styresak 89/10. DRG poeng til å forebygge fristbrudd inngår i samlede DRG poeng

Tabell 5

| Aktivitetskrav somatisk 2011                                        |               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| DRG poeng sørge for pasienter behandlet ved Helse Nord-Trøndelag HF | 27 879        |
| DRG poeng fra pasienter i andre regioner                            | 550           |
| <b>Samlede DRG poeng</b>                                            | <b>28 429</b> |

### Styringsparametre:

- Antall produserte DRG- poeng
- Refunderte polikliniske inntekter

## 4 Nye forskrifter

*Endret forskrift 18. desember 2001 nr 1539 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten trer i kraft 1.januar 2011. For nasjonale tjenester vises det til kap. 7.1.*

### *Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land*

Ny refusjonsordning for dekning av utgifter til helsehjelp utenfor sykehus i andre EU/EØS- land trer i kraft 1.1.2011. Refusjonsordningen vil gi pasientene større valgfrihet. HELFO skal administrere ordningen. De regionale helseforetakene skal dekke refusjonsutgiftene for de tjenestetyper de har ”sørge for”-ansvaret for etter nærmere bestemte regler.

## 5 Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner

For 2011 gjelder følgende strategier for spesialisthelsetjenesten:

- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)
- Strategi for kvinners helse (2003-2013)
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)

- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014).
- Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)
- Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Strategi 2020 (2010-2020)
- Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge (2009-2014)
- Handlingsplan for avtalespesialistene
- Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)

Det forutsettes at helseforetaket er kjent med innholdet i strategiene og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områder.

Samhandlingsreformens intensjoner er vedtatt. Fra 2012 vil det bli vedtatt nye økonomiske virkemidler, ny nasjonal helseplan og nye helselover. Helseforetakene skal i 2011 sammen med kommunene lage avtaler for samarbeid om forberedelser for å realisere samhandlingsreformen.

## 6 Særskilte satsingsområder 2011

### 6.1 Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten skal reduseres. Tiltak for å nå målet skal iverksettes innenfor de vedtatte økonomiske rammer. Tiltak skal være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Helseforetaket skal legge til rette for økt utredningskapasitet gjennom effektive og faglig gode pasientforløp i tråd med målsettingen i Strategi 2020. Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå alle vaktordningene for å redusere passiv vakt for å frigjøre ressurser til økt kapasitet, særlig for de voksende pasientgruppene. Helse Nord-Trøndelag HF skal planlegge omstilling av tjenester slik at mest mulig kan utføres på dagtid og virkedager.

Det er på sikt en målsetting at alle rettighetspasienter skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Det er et mål å få bedre oversikt over pasientenes bevegelser mellom institusjoner og nivå i helsetjenesten. Det bør framgå av pasientadministrative system og Norsk pasientregister hvilken instans, institusjon eller enkeltlege som har henvist pasienten til sykehus, og til hvilken instans eller institusjon pasienten skrives ut/overføres.

#### Styringsparametre:

- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen somatikk
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB)
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten (styringsmål: ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011).
- Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %)
- Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %)
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: 0 %)

Det vil i tillegg bli bedt om rapportering på median ventetid.

**Oppgaver:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå alle vaktordningene for å redusere passiv vakt
- Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere, kvalitetssikre og rapportere data om henvisninger til Norsk Pasientregister
- Helseforetaket skal systematisk gjennomgå prosessene for tildeling av prioritert helsehjelp, identifisere svakheter og iverksette forbedringstiltak.

**6.2 Kvalitet og pasientsikkerhet**

Tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre. Det er et ledelsesansvar å ha oversikt over status på kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Mangelfull kommunikasjon og språkforståelse er en risikofaktor og en viktig kilde til feilbehandling.

**6.2.1 Kvalitetsforbedring**

Det er et mål at helseforetakene har mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Dette er i tråd med de strategiske målene i Strategi 2020. Dette målet kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer og bruk av mini-HTA skjema (systematisk sjekkliste; se Kunnskapscenteret). Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingseffekt over tid, og gir grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Det er et mål å etablere slike registre innen viktige fagområder. Videreutviklingen av kvalitetsregisterområdet skal være i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt. I alt 19 medisinske kvalitetsregistre har status som nasjonale registre, og det er et mål å gjøre disse registrene landsdekkende og operative i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid i 2011. Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere data i de aktuelle registre.

Helseforetaket skal følge opp arbeidet med å bygge en god kvalitetskultur i henhold til strategi 2020. Foretakene skal som et ledd i dette bidra til utvikling og implementering av ny kvalitetsstrategi.

Helseforetaket skal følge opp arbeidet fra prosjektet Elektiv kirurgi jfr. strategi 2020. Det skal ikke planlegges etablering av elektiv kirurgi uten at dette er koordinert med prosjektet.

Det er et langsiktig mål at epikrisen følger pasienten.  
Det skal normalt ikke være korridorpasienter.

**Styringsparametre:**

- Andel epikriser sendt ut innen sju dager (mål: 100 %).
- Andel korridorpasienter.
- Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse.
- Andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4.
- Diabetes - Ben/fotamputasjoner pr 100.000 innbyggere.

**Oppgaver:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal fortløpende registrere gode og komplette datasett i de aktuelle kvalitetsregistre.

### 6.2.2 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning

Det skal legges til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå samt i lokalt utviklings- og omstillingsarbeid i tråd med vedtaket i Strategi 2020. Det bør sees hen til erfaringene fra Nasjonalt pilotsykehusprosjekt.

Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. Det bør tilstrebes at lokale brukerundersøkelser fokuserer på betydningen av kommunikasjon og språkforståelse for behandlingskvalitet.

#### Styringsparametre:

- Brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix
- Fastlegers erfaringer med distriktspsykiatriske sentre

#### Oppgaver

- Helseforetaket skal følge Regional plan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)
- Helseforetaket skal styrke informasjon om tjenestetilbud og rettigheter, og spesielt legge til rette for pasienter og pårørende med annen språklig og kulturell bakgrunn.
- Helseforetaket skal gjennomføre minst 1 lokal brukerundersøkelse. Det skal blant annet rettes oppmerksomhet mot forbedringsområdene som er avdekket i den nasjonale brukerundersøkelsen "Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009" PasOpp-rapport nr 2 2010.

### 6.2.3 Pasientsikkerhet

Det er et ledelsesansvar på alle nivå å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.

Antall uønskede hendelser skal reduseres. I januar 2011 starter den tre-årige nasjonale pasientsikkerhetskampanjen - i trygge hender ([www.pasientsikkerhetskampanjen.no](http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no)). Kampanjen skal legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Nasjonale innsatsområder i kampanjen er postoperative sårinfeksjoner, riktig legemiddelbruk, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen starter med en basismåling av omfang av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool. Innsatsområdene innføres gradvis.

#### Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at kvalitetsdokumentasjonssystemet gjennomgår de nødvendige revisjoner både i struktur og innhold, og at tilgjengelig funksjonalitet tas i bruk.
- Ved revisjoner av kvalitetsdokumentasjonssystemet i det enkelt HF skal dette skje i samspill med de øvrige HF. Det skal for alle HF arbeides for å oppnå en harmonisering av struktur og innhold i kvalitetsdokumentasjonssystemet.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.

#### 6.2.4 Helhetlige pasientforløp og samhandling

Helse Nord-Trøndelag HF skal tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. Pasientforløp skal planlegges sammen med kommunene i tråd med prinsippene i Strategi 2020. Pasientforløpene skal ha en desentralisert profil der dette er mulig. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpstenkningen, ligger til grunn for utvikling av tjenester og for utarbeidelse av egne strategier og planer. Erfaringer fra prosjekter som *Pilotsykehusprosjektet* (partssamarbeidet), *Samhandlingskjeden kronisk syke* og andre samhandlingsprosjekter skal vektlegges der dette er hensiktsmessig.

#### Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomføre tiltak for desentralisering av spesialisthelsetjenester i tråd med det regionale styrets vedtak punkt 7 i Strategi 2020
- Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med sykehusapoteket om å redusere forekomsten av uriktig legemiddelbruk. Plan for dette arbeidet skal inngå i årlig melding 2011.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med kommunene om å redusere antall innleggelser, finne alternativer til innleggelse og oppfølging av pasienter etter innleggelse.
- Helseforetaket skal inngå avtaler med kommuner om å innføre felles innleggings- og utskrivningsrutiner for pasienter uavhengig av diagnose. Se f.eks. rutiner utarbeidet i prosjektet Samhandlingskjeden kronisk syke.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal sette av midler til nye omstillingstiltak eller prosjekt sammen med kommunene
- Regionens andel av finansiering av etablerte samhandlingstiltak overføres til helseforetakene som øremerkede midler. Helseforetakene skal benytte midlene til øremerket formål.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal utarbeide konkrete rutiner for samhandling mellom barneavdeling, barnehabilitering og barne- og ungdomspsykiatri
- Det skal inngås samarbeidsavtaler mellom helseforetak og politidistrikt i saker vedrørende mottak, undersøkelse og bistand til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep (jfr. helse- og omsorgsministerens svar på interpellasjon i Stortinget 27. april 2010). St. Olavs Hospital HF skal koordinere dette arbeidet.

#### 6.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tjenestene innen TSB skal være samordnet, tilpasset pasienter med sammensatte lidelser og sikre et sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser. Samordning med tjenestene innen psykisk helsevern er særskilt viktig jfr. Strategi 2020. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.

Det er et mål å ha gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinnntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

Effekten av samhandling bør måles ved om pasientene får et godt tilbud eller ikke.

Samhandlingen på mange områder er god, likevel er det nødvendig med ekstra fokus på å forbedre ansvarsdelingen og kompetanseutvekslingen.

Implementering av ny nasjonal retningslinje fra HD for vurdering av henvisning, utarbeidelse av konkrete rutiner for samhandling og etablering av ruspolikliniske tilbud vil bidra i riktig retning

For samiske pasienter må tiltakene ta utgangspunkt i samiske pasienters rett til tilrettelagte tjenester med utgangspunkt i samisk språk og kultur.

#### **Oppgaver:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal øke kapasiteten innen TSB
- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB

### **6.4 Psykisk helsevern**

Pasienter/brukere skal få tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv. Tilbudet skal gis på kommune- eller DPS- nivå der dette er forsvarlig. Det er et mål at DPS skal ha nødvendige akuttfunksjoner slik at alle henvendelser kan rettes dit uavhengig av tid på døgnet. DPS forutsettes å være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Sykehusene skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå. Akuttnettverket forutsettes videreført med sikte på en videre utvikling av akuttfunksjonene.

Antall tvangsinnleggelser og omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern skal reduseres og kvalitetssikres. Det må legges til rette for at rettighetene til fengselsinnsatte med psykiske og rusrelaterte lidelser ivaretas.

Helse Nord-Trøndelag HF skal prioritere utvikling av gode psykiatritjenester for den voksende gruppen med eldre i tråd med Strategi 2020

Datakvaliteten innen psykisk helsevern skal bedres. HMN gjør oppmerksom på at ved manglende registrering og svikt i datakvalitet, kan trekk i basisramme bli vurdert iverksatt.

#### **Styringsparameter:**

- Andel tvangsinnleggelser, ratejustert for befolkning i opptaksområdet.
- Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.
- Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne.

#### **Oppgaver:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere utskrivningsklare pasienter fra sykehus til DPS og kommuner til Norsk Pasientregister
- I samarbeid med Helse Midt-Norge RHF skal Helse Nord-Trøndelag HF gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern jf tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II.

### **6.5 Kreftbehandling**

Pasienter med kreft er en voksende pasientgruppe og skal gis prioritet i henhold til Strategi 2020. Helseforetaket skal tilby tjenester med høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet i henhold til regional plan for arbeidsdeling innenfor kreftbehandling. Pasientforløpene skal ivareta god behandlingskvalitet som sikrer at kreftpasientene unngår unødig

ventetid på utredning og behandling. Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Helseforetaket skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.

#### **Styringsparametre:**

- Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft.
- Tid fra henvisning til første behandling brystkreft.
- Tid fra henvisning til første behandling lungekreft.

### **6.6 Innovasjon**

Innovasjon dreier seg både om å utvikle og innføre nye og bedre produkter og tjenester, men også virksomhetsforbedringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientforløp. I henhold til St. meld. nr. 7 (2008-2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvveisevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon. Halvveisevalueringen sluttføres våren 2011. De regionale helseforetakene er sentrale aktører i satsingen og er bidragsytere i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017).

Det er et potensial for å utnytte den samlede nasjonale kommersialiseringskompetansen bedre, bl.a. gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. Det er videre et potensial for å øke innovasjonsaktiviteten gjennom bruk av offentlige innkjøp og før-kommersielle avtaler.

Det er behov for å vurdere og videreutvikle dagens sett med indikatorer for innovasjon i helsesektoren. Målinger av innovasjonsaktivitet i helseforetakene bør fange opp alle sider ved innovasjon – også endringer som resultat av prosess- og tjenesteinnovasjoner slik at indikatorene på en adekvat måte fanger opp både kommersiell og ikke-kommersiell innovasjonsaktivitet. Dagens indikatorsett må gjennomgås med tanke på at rapportering hovedsaklig skal skje basert på etablerte datakilder.

#### **Oppgaver:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal i samarbeid med øvrige helseforetak iverksette tiltak for å ivareta innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp blant annet gjennom før-kommersielle avtaler.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra til å identifisere prosjekter egnet for innovasjons- og næringsutvikling i helsesektoren

## **7 Andre områder**

### **7.1 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten**

Betegnelsen nasjonale tjenester omfatter nasjonale kompetansetjenester (tidligere nasjonale kompetansesentre) og nasjonale og flerregionale behandlingstjenester (tidligere lands- og flerregionale funksjoner). Den foreliggende gjennomgangen av nasjonale tjenester fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet og de vedtatte forskriftsendingene vil ligge til grunn for endringer i nasjonale tjenester i 2011.

### **7.2 Habilitering og rehabilitering**

Rehabiliterings- og habiliteringstiltak skal være en integrert del av pasientforløpet hos barn og voksne med ulike sykdommer og skader. Samhandlingsreformens mål om mer helhetlige og sammenhengende tjenester uten unødige brudd og forsinkelser gjelder i stor grad for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Gjennom samhandlingsreformen skal det vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering.

Det er et mål å systematisere barne- og voksenhabiliteringsarbeidet og sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.

Tjenester som tilbys fra koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten skal være synlige og lett tilgjengelige.

Pasienter skal få nødvendige behandlingshjelpemidler som del av medisinsk behandling, og tildeling av behandlingshjelpemidler skal skje ut fra en individuell vurdering i det enkelte tilfelle.

#### **Oppgaver:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal følge prioriteringsveilederene Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten og Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten og samarbeide med de andre HF'ene i regionen om en lik forståelse og praksis.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i arbeidet med å revidere regional plan (Handlingsprogram for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering)

### **7.3 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus**

De prehospitaltjenestene i Midt-Norge er viktige for den akuttmedisinske beredskapen i regionen og utgjør for mange pasienter en viktig start i et behandlingsforløp. Det skal fortsatt legges vekt på kompetanseoppbygging i de prehospitaltjenestene som blir viktig for gjennomføring av strategi 2020 i Helse Midt-Norge.

Nødmedle- og ambulansetjenesten skal ha god kompetanse og rask respons. Det skal være likeverdig tilgang til nødmeldetjenesten for funksjonshemmede, minoritetsspråklige og den samiske befolkningen. Det er et mål å bedre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og de frivillige organisasjonene.

#### **Oppgaver:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK- sentralene.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal sammen med de andre helseforetakene og RHF medvirke til at Helse Midt-Norges plan for prehospitaltjenester blir implementert i sitt område.

## **7.4 Hjerterflimmerbehandling**

Pasienter med hjerterflimmer skal tilbys behandling i henhold til nasjonale faglige anbefalinger. På bakgrunn av de nye anbefalingene fra Helsedirektoratet for behandling av pasienter med atrieflimmer og av hensyn til likebehandling av pasientene, finner departementet det riktig at alle pasienter med behov for ablasjon vurderes i forhold til prioriteringsforskriften eller forsvarlighetskravet, jf. brev fra departementet til de regionale helseforetakene 27.10.2010. Tilbudet til hjerterflimmerpasienter er lagt til St. Olavs Hospital HF for regionen.

## **7.5 Behandling av sykelig overvekt**

En gjennomgang viser at ventetiden for utredning og behandling av sykelig overvekt er ulik og noen steder for lang jf. Helsedirektoratets prioriteringsveileder for sykelig overvekt, IS-1702. For å møte utviklingen av overvekt og fedme i befolkningen må behandlingstilbudet til pasienter med sykelig overvekt gradvis trappes opp. Det skal utvikles pasientforløp som ivaretar et godt behandlingstilbud samt unngå unødig ventetid for utredning og behandling, herunder kirurgi, plastikkirurgi og tilbud i psykisk helsevern.

Regionalt senter for sykelig overvekt, St. Olavs Hospital skal videreføre koordineringen av forsknings- og utviklingsarbeidet i regionen.

### **Oppgaver:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå og øke kapasiteten for utredning og behandling av sykelig overvekt
- Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere på ventetid. Det vil sendes eget brev på dette
- Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre arbeid i tverrfaglig overvektspoliklinikk
- Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere og videreføre samarbeid med kommuner om behandlingstilbud og kompetanseutvikling

## **7.6 Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)**

Tilbudet om diagnostikk, behandling, og rehabilitering, herunder lærings- og mestringstilbud til pasienter med CFS/ME skal være adekvat og i henhold til oppdatert kunnskap. Helsedirektoratet skal innen utgangen av 2. tertial 2011 ha gjennomført en oppsummering av relevant forskning om oppfølging av pasienter med CFS/ME. På oppdrag fra Helsedirektoratet foretar SINTEF Teknologi og samfunn en gjennomgang av tilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge. Departementet vil, på bakgrunn av råd fra Helsedirektoratet komme tilbake med oppdrag for å sikre denne pasientgruppen et best mulig tilbud om diagnostisering og oppfølging.

## **7.7 Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser**

Det er et mål å styrke den nasjonale kompetansen innenfor astma, allergi og overfølsomhetssykdommer og utvikle gode rutiner for utredning, diagnostisering og behandling av astma og allergisk sykdom/ overfølsomhet hos barn og voksne

## **7.8 Ernæring og mattrygghet**

Gode rutiner og kompetanse skal sikre at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet. Veiledningsoppgaven ovenfor kommunene skal ivaretas på ernæringsområdet. Eldres ernærings situasjon skal ha spesiell oppmerksomhet.

### **Oppgave:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre at kompetanse og rutiner innen hygiene og mattrygghet ivaretas jf. Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonsskjøkken.

## **7.9 Beredskap og smittevern**

Det er et mål at det finnes oppdaterte og øvede beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelser, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser.

Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid forutsetter samarbeid mellom regionale helseforetak, kommuner, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktører.

Kommunale og private institusjoner og øvrige samarbeidspartnere skal få nødvendig smittevern bistand. Det skal arbeides målrettet for å forebygge sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvåkes, og det må sikres at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen skal bidra til økt fokus på infeksjonskontroll i helseforetakene og bedre kvalitet på rapportering til Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS).

### **Oppgaver:**

- Helseforetaket skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i arbeidet med utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.
- Helseforetaket skal sørge for, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.

## **7.10 Diabetes**

Regional handlingsplan for diabetes blir ferdigstilt i 2011. Helseforetakene skal følge opp denne.

## **7.11 Spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre**

Helse Nord-Trøndelag HF skal i tråd med Strategi 2020 prioritere de store og voksende pasientgruppene. Økt sykkelighet er blant annet en følge av økt alder. Fram mot 2020 vil mye av økningen i spesialisthelsetjenesten være knyttet til sykdommer for eldre. Helseforetakene skal bygge kompetanse for å tilpasse tilbudet til eldre pasienter. Mange av pasientene vil ha sammensatte lidelser med samtidige behov fra ulike deler av helsetjenesten. Dette gir særlige utfordringer knyttet til sammenheng og koordinering i pasientforløpene.

Helse Nord-Trøndelag HF skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helsetilsynets rapport om identifiseringer av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre (15/2010).

## **7.12 Opplæring av pasienter og pårørende**

For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. Foretaket skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Slik opplæring kan ivaretas i et lærings- og mestringssenter eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og

kunnskapsdialog. Det er en målsetting å integrere helsepedagogiske prinsipper og brukermedvirkning i pasientforløp.

#### **Oppgaver:**

- Videreføre evaluering av opplæringstiltak for pasienter og pårørende.
- Integrere lærings- og mestringstiltak i pasientforløp.
- Rutiner som utvikles i prosjektet "Kursdatabase for opplæring av pasienter og pårørende" skal implementeres i helseforetaket.

## **8 Utdanning av helsepersonell**

Utdanning av helsepersonell er et viktig virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig helsepersonell. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring blir svært viktig for å lykkes med samhandlingsreformen.

Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. I 2011 hvor samhandlingsreformen forberedes blir det svært viktig å utnytte etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner på en god og kraftfull måte. Arenaer for samarbeid med kommunene om utdanningsbehov og praksis bør vurderes. Regionale helseforetak har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner. Vedlegg 1 viser blant annet aktivitetskravene Kunnskapsdepartementet har satt til universiteter og høyskoler.

Gjennom fordeling av legestillinger og tilrettelegging av effektive utdanningsløp har regionale helseforetak ansvar for at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. Det må legges til rette for å sikre breddekompetanse, særlig på mindre sykehus. De regionale helseforetakene skal ha særskilt oppmerksomhet på legestillinger som kan styrke utvikling av lokalsykehus og samhandling med kommunene.

På spesialistområdet skjer det i 2011 flere omlegginger og arbeider. Helsedirektoratet overtar fra høsten 2011 offentlig spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet har flere sentrale oppgaver på spesialistområdet og skal bl.a. vurdere struktur og innhold i legenes spesialistutdanning samt hvorvidt andre personellgrupper skal få offentlig spesialistgodkjenning. Regionale helseforetak vil bli involvert på egnet måte.

Helseforetaket har ansvar for å sikre tilstrekkelig kompetanse i samisk språk og kultur

I tråd med Strategi 2020 og Oppdragsdokumentet 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet, har HMN iverksatt prosjektet "Kompetanse og kapasitet i Helse Midt-Norge". Analysene og videre fremdriftsplan vil bli lagt frem for regionalt styre i mars, mens en konkret handlingsplan vil bli styrebehandlet før sommeren. Vedtakene i regionalt foretaksstyret, vil følges opp av RHF'et med brev til det enkelte helseforetak.

#### **Oppgaver:**

- Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser og praksisplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen, ambulansearbeiderutdanningen og for annet personell som spesialisthelsetjenesten har bruk for.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at habiliteringstjenestene tar ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.

- God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.

## 9 Forskning

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å styrke kunnskapsbasert praksis og sikre at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst. Dette er et av hovedmålene i Strategi 2020.

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte, kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og forskning av høy relevans i helseforetakene. Pasientenes rett til nødvendig informasjon må sikres i utprøvende behandling og ved bruk av legemidler utenfor godkjent indikasjon. I tråd med Strategi 2020 er det et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder særlig innenfor rusbehandling og psykisk helsevern, og knyttet til samhandling i overgangene mellom fagområder. Forskning på områder med relevans for de store pasientgruppene skal prioriteres.

Samtidig er det viktig å stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet slik at disse miljøene kommer i posisjon til å få eksterne midler nasjonalt og internasjonalt, f. eks gjennom EUs 7. rammeprogram. Det er fremdeles et potensiale for økt nasjonalt forskningssamarbeid. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for kunnskapsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge, herunder det pågående arbeidet med å etablere en nasjonal oversikt over pågående og slutførte kliniske studier i helseforetakene. Det er ønskelig med norsk deltakelse i det europeiske nettverket for forskningsinfrastruktur for kliniske studier European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN), <http://www.ecrin.org/>.

Øremerkingen av midler i basisbevilgningen til samhandlingsforskning videreføres. Med samhandlingsforskning menes forskning der en skal etablere ny kunnskap om hvordan faglige, organisatoriske, kulturelle, økonomiske og teknologiske forhold i tjenestene bidrar til å identifisere barrierer eller understøtte samhandlingsreformens målsettinger.

En felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (Norsk vitenskapsindeks) i helse, institutt og universitets-, høyskolesektoren etableres fra 1.1.2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Dette innebærer en vesentlig omlegging av dagens rutiner for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Det vises til revidert oppdragsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporteres til NIFU etter dagens system innen 15. mai 2011 samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011.

Det skal innføres et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer for forskning ved bruk av Health Research Classification System (<http://www.hrcsonline.net/pages/front>). I 2011 skal det rapporteres til NIFU STEP etter dagens system etter fastsatt frist samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011. Det er ønskelig at det tilrettelegges for størst mulig åpenhet og tilgjengeliggjøring av forskningsresultater. Det vises til at forskningsarkivet HeRa er åpent tilgjengelig for alle helseforetak. <http://hera.helsebiblioteket.no/hera/pages/>

### Oppgave:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal bruke Norsk vitenskapsindeks som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner fra 2011.

## 10 Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrevet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkutforming eller tiltak som retter seg mot de regionale helseforetakene.

Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede samarbeidsformer. Helsedirektoratet konkretiserer i fellesrundskriv IS-1/2011 hvilke oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at de regionale helseforetakene bidrar til finansiering av Helsebiblioteket slik at tilskuddet i 2011 blir på samme nivå som i 2010.

## 11 Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi HMN informasjon om måloppnåelse av helsepolitiske mål.

### *Rapportering på styringsparametre*

Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2011 samt rapporteringsfrekvens- og tidspunkt. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i henhold til rapporteringsmal som vil bli overlevert helseforetaket i foretaksmøtet i februar 2011. Det legges til grunn at helseforetaket bruker de datakilder som er angitt i vedlegg 3 som grunnlag for rapporteringen. HMN kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter rundt enkelte styringsparametre.

Oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen.

Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen og risiko være vurdert og styrebehandlet.

Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og ev. om ikke hvilke nye tiltak som iverksettes.

### *Særskilt rapportering*

Det bes om statusrapportering på helseforetakenes medvirkning i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen innen utgangen av 2. tertial 2011.

### *Rapportering i årlig melding*

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2011. Videre er det i vedlegg 3 en tabell som skal brukes som grunnlag for rapportering på spesifiserte områder. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er januar 2012.

Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes Helse Midt-Norge RHF når slike avvik blir kjent.

## 12 Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

**GRUNNUTDANNING** omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene og for å sikre den enkeltes rett til slik utdanning. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

**VIDEREUTDANNING** omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (jf. Helsemod/ [www.ssb.no](http://www.ssb.no)). Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2011/2012 for Helse Midt-Norge:

| Høgskole<br>Universitet | Obligatorisk praksis |            |             | Ikke obligatorisk praksis |            |            | ABIOK-<br>sykepleie | Jordmor<br>** |
|-------------------------|----------------------|------------|-------------|---------------------------|------------|------------|---------------------|---------------|
|                         | Sykepleie            | Radiografi | Bioingeniør | Fysioterapi               | Ergoterapi | Vernepleie |                     |               |
| Molde                   | 99                   |            |             |                           |            | 23         |                     |               |
| Nord-Trøndelag          | 211                  |            |             |                           |            | 26         |                     |               |
| Sør-Trøndelag           | 217                  | 34         | 39          | 57                        | 48         | 59         | 75                  | 0             |
| Ålesund                 | 130                  |            | 30          |                           |            |            | 39                  |               |

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. Audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør Trøndelag har aktivitetskrav 31.

Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. For disse institusjonene blir derfor aktivitetskravet lik 0 for jordmorutdanningen for 2011/2012. For 2012/2013 blir aktivitetskravet lik 21 for Høgskolen i Sør-Trøndelag og 14 for Høgskolen i Vestfold.

Behovet for praksisplasser er høyere enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Det gjøres oppmerksom på at KD for 2011, i tillegg til ovenstående aktivitetskrav, også tildeler nye studieplasser som utdanningsinstitusjonene kan fordele fritt på fagområder. Fordelingen blir kjent 1. mars 2011. Noen studieplasser forventes å gå til fag som trenger praksisutdanning i helseforetakene. Samarbeidsorganet må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20.januar 2004).

Følgende aktivitetskrav er fastsatt for hhv medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

| Universitet | Medisin | Psykologi |
|-------------|---------|-----------|
| NTNU        | 116     | 55        |

**TURNUSTJENESTE** kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Turnuskandidatene har helseforetakene som tjenestested. Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av de regionale helseforetakene ([www.safh.no/lenker/turnus](http://www.safh.no/lenker/turnus)). Fordelingen over antall kandidater som begynner i turnustjeneste vår og høst 2011 framgår av tabellen nedenfor.

| Helseregion      |                 | Vår 2011 | Høst 2011 |
|------------------|-----------------|----------|-----------|
| Helse Midt-Norge | Leger           | 83       | 87        |
|                  | Fysioterapeuter | 26       | 26        |

### FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar i å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. God lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og mellom spesialiteter skal legges til grunn.

For 2011 er Helse Midt-Norge tildelt følgende:

|                                                       | Helse Midt-Norge |
|-------------------------------------------------------|------------------|
| Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)        | 20               |
| Utdanningsstillinger (herunder fordypningsstillinger) | 5                |
| ”til RHFets disposisjon”                              |                  |
| SUM                                                   | 25               |

Stillinger til psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering, behandling av kroniske sykdommer og kreftbehandling skal spesielt vurderes.

De 12 utdanningsstillinger i geriatri som ble tildelt som ekstra kvote i 2009 skal fortsatt øremerkes samme formål. RHFene anmodes om å prioritere bruk av ledige overlegestillinger til hjemler i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig utdanningskapasitet.

RHFet skal vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger til HFene. For ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen, gjelder dette også for utdanningsstillinger.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) skal på basis av innrapporterte tall fra RHFene ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. RHFene skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte og ”ikke fordelte” stillinger.

## Vedlegg 2 – Styringsparametre 2011

| Styringsparametre                                                                                                                         | Mål                  | Datakilde                                                                                             | Publiserings-frekvens | Rapporterings-frekvens |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Antall produserte DRG-poeng                                                                                                               |                      | Helseforetak (ISF-finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra helseforetak til NPR) | Månedlig              | Månedlig               |
| Refunderte polikliniske inntekter                                                                                                         |                      | Helseforetak (se over)                                                                                | Månedlig              | Månedlig               |
| Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker                                                             | 100%                 | Helsedirektoratet                                                                                     | Helsedirektoratet     | Tertialvis             |
| <b>ENDRET:</b><br>Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen somatikk                                                         |                      | NPR                                                                                                   | Månedlig              | Månedlig               |
| <b>ENDRET:</b><br>Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)                         |                      | NPR                                                                                                   | Månedlig              | Månedlig               |
| <b>ENDRET:</b><br>Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)                               |                      | NPR                                                                                                   | Månedlig              | Månedlig               |
| <b>ENDRET:</b><br>Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) |                      | NPR                                                                                                   | Månedlig              | Månedlig               |
| <b>NY:</b><br>Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten i 2011                                                                  | Ned mot 65 løpedager | NPR                                                                                                   | Månedlig              | Månedlig               |
| Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager                                                                                   | 100 %                | NPR                                                                                                   | Tertialvis            | Tertialvis             |
| Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen                                                                        | 100 %                | NPR                                                                                                   | Tertialvis            | Tertialvis             |

|                                                                       |       |                                                   |            |            |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------|------------|------------|
| 65 virkedager i psykisk helsevern og TSB for personer under 23 år     |       |                                                   |            |            |
| Andel fristbrudd for rettighetspasienter                              | 0 %   | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| Andel epikriser sendt ut innen en uke                                 | 100 % | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| Andel korridorpasienter                                               |       | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| <b>ENDRET</b> - Andel pasienter med hjerteinfarkt som får trombolyse  |       | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| <b>NY</b> – Sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4                |       | MFR                                               | Halvårlig  | Halvårlig  |
| <b>NY</b> – Diabetes. Ben/fotamputasjoner pr 100.000 innbyggere       |       | NPR                                               | Årlig      | Årlig      |
| <b>NY</b> – brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix     |       | Kunnskapssenteret (Nasjonale brukerundersøkelser) | Årlig      | Årlig      |
| <b>NY</b> – fastlegers erfaring med DPS                               |       | Kunnskapssenteret (Nasjonale brukerundersøkelser) | Årlig      | Årlig      |
| Andel tvangsinnleggelser, ratejustert for befolkning i opptaksområdet |       | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| <b>NY</b> – datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge |       | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| <b>NY</b> – datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne         |       | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| <b>NY</b> – datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge |       | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| <b>NY</b> – tid fra henvisning til første behandling tykktarmkreft    |       | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| <b>NY</b> – tid fra henvisning til første behandling lungekreft       |       | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |
| <b>NY</b> – tid fra henvisning til første behandling brystkreft       |       | NPR                                               | Tertialvis | Tertialvis |

### Vedlegg 3 – Rapportering på særskilte områder i årlig melding

| Rapporteringsområder                                                                                                                                                                                                                       | Datakilde                                                                                     | Kommentar                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Antall nye desentraliserte tiltak                                                                                                                                                                                                          |                                                                                               | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og DPS per 10 000 innbygger over 18 år, fordelt på<br>døgninnleggelser<br>poliklinisk virksomhet<br>innen psykisk helsevern                                                    |                                                                                               | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall DPS som tilbyr brukerstyrte plasser                                                                                                                                                                                                 |                                                                                               | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall ambulante team, fordelt på hvs<br>Akutteam<br>Rus/dobbeltdiagnose-team<br>Andre behandlingsteam<br>Ambulante team innen psykisk helsevern for barn og unge                                                                          |                                                                                               | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall læreplasser innen for helsefagarbeiderutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningen                                                                                                                                                  |                                                                                               | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall utdanningsstillinger for tannleger under spesialisering                                                                                                                                                                             |                                                                                               | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall OFU (evt IFU) løpende og nye kontrakter i 2011, samlet prosjektverdi og helseforetakets bruk av ressurser målt i kroner på de to kategorier                                                                                         | Innovasjon Norge / Interne kilder                                                             | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter i 2011 | Norges forskningsråd / Interne kilder                                                         | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall registrerte oppfinnelser i 2011                                                                                                                                                                                                     | DOFI                                                                                          | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall innlevert, i 2011, og videreførte patentsøknader (PCT)                                                                                                                                                                              | Interne kilder                                                                                | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall bedriftsetableringer i 2011                                                                                                                                                                                                         | Brønnøysundregisteret / Interne kilder                                                        | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall lisensavtaler i 2011                                                                                                                                                                                                                | Interne kilder                                                                                | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall forprosjekter finansiert av InnoMed                                                                                                                                                                                                 | InnoMed                                                                                       | Skriftlig tilbakemelding |
| Antall og andel av alle innkomne e-søknader som omtaler innovasjonspotensial i 2011                                                                                                                                                        | <a href="http://forskningsprosjekter.ihelse.net">http://forskningsprosjekter.ihelse.net</a> . | Skriftlig tilbakemelding |
| Årlig forskningspoeng beregnet fra                                                                                                                                                                                                         | NIFU                                                                                          | Beregnes av NIFU         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Midt-Norge RHF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                    |                          |
| Årlige publikasjoner rapportert til Cristin innen 1. september                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cristin                                                                                            | Beregnes av NIFU         |
| Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NIFU                                                                                               | Beregnes av NIFU         |
| Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningprosjekter mv i Helse Midt-Norge RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning inkl samhandlingsforskning (jf definisjonen under pkt 7.1), herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og samhandlingsforskning i 2011. Rapporten skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering. | <a href="http://forskningsprosjekter.ihelse.net">http://forskningsprosjekter.ihelse.net</a> .<br>· | Rapport utgis            |
| Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. rammeprogram for forskning og teknologiutvikling i 2011.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Norges forskningsråd                                                                               | Skriftlig tilbakemelding |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |                          |



**Protokoll fra foretaksmøte i  
Helse Nord-Trøndelag HF  
8.februar 2011**

**Krav og rammer for 2011**

## Innhold

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres.....                                          | 3  |
| Sak 2 Dagsorden.....                                                           | 4  |
| Sak 3 Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2011.....         | 4  |
| Sak 4 Endret resultatkrav for 2010.....                                        | 5  |
| Sak 5 Økonomiske krav og rammebetingelser.....                                 | 5  |
| 5.1 Resultatkrav .....                                                         | 5  |
| 5.2 Styring og oppfølging i 2011 .....                                         | 7  |
| Sak 6 organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011. ....                  | 7  |
| 6.1 Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonal helse- og omsorgsplan ..... | 7  |
| 6.2 Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks.....                   | 8  |
| 6.3 Regjeringens eierskapspolitikk.....                                        | 9  |
| 6.4 Tiltak på personalområdet.....                                             | 9  |
| 6.5 Intern kontroll og risikostyring.....                                      | 11 |
| 6.6 Kvalitet i anskaffelsesprosessene .....                                    | 11 |
| 6.7 Utvikling på IKT-området .....                                             | 12 |
| 6.8 Nødnett .....                                                              | 13 |
| 6.9 Pasientreiser.....                                                         | 13 |
| Sak 7 Øvrige eierkrav.....                                                     | 14 |
| 7.1 Miljø- og klimatiltak .....                                                | 14 |
| 7.2 Nasjonalt profilprogram.....                                               | 14 |
| 7.3 H-reseptordningen .....                                                    | 14 |
| 7.4 KPP-regnskap .....                                                         | 15 |
| 7.5 Parkering.....                                                             | 15 |
| Sak 8 Stadfesting av tidligere vedtak.....                                     | 15 |
| 1. VEDLEGG 1 Rapporteringskrav og årlig melding .....                          | 17 |

SA

SA:

GB:

GB

**PROTOKOLL FRA  
FORETAKSMØTE I  
Helse Nord-Trøndelag HF**

Tirsdag 8. februar kl. 16:00 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF i Quality Hotell Værnes, Stjørdal.

**Dagsorden**

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Eiers overordnede styringsbudskap for 2011
- Sak 4 Endret resultatkrav for 2010
- Sak 5 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2011
- Sak 6 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011
- Sak 7 Øvrige styringskrav for 2011
- Sak 8 Stadfesting av tidligere vedtak

**Fra Helse-Midt-Norge møte**

Styrets nestleder Toril Hovdenak  
Administrerende direktør Gunnar Bovim

**Fra styret møte**

Styreleder Steinar Aspli

**Fra administrasjonen møte**

Administrerende direktør Arne Flaatt

**Også til stede**

Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik, Helse Midt-Norge RHF  
Fungerende direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød  
Rådgiver Venke Reiten, Helse Midt-Norge RHF

Valgt revisor var varslet i samsvar med lov om helseforetak m.m § 18.

**Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres**

Styrets nestleder Toril Hovdenak ønsket velkommen. Hun spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styrets nestleder Toril Hovdenak foreslo at styreleder Steinar Aspli og administrerende direktør Gunnar Bovim ble valgt til å underskrive protokollen. Foretaksmøtet sa seg enig i dette.

Styrets nestleder Toril Hovdenak overlot møteledelsen til styreleder Steinar Aspli.

**Foretaksmøtet vedtok:**

*Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.*

SA

SA:

GB:

GB

## **Sak 2 Dagsorden**

Møteleder spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen som hadde merknader til dagsorden.

### **Foretaksmøtet vedtok:**

*Dagsorden er godkjent.*

## **Sak 3 Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2011.**

Styrets nestleder Toril Hovdenak gjennomgikk overordnede styringsbudskap for 2011, herunder

### **Overordnede krav**

Fokus skal være rettet mot gode behandlingsresultater, god pasientsikkerhet og god kvalitet i behandlingen. Arbeidet med å få ned ventetidene skal prioriteres og det skal ikke forekomme fristbrudd.

### **Styrenes ansvar**

Styrene må være bevisst sitt ansvar for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetjenester, bærekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester.

### **Helseforetaksmodellen**

Det vil bli satt i gang et utredningsarbeid med sikte på mulige forbedringer i modellen og endringer i lovverket, slik det er varslet i høringen om fremtidens helse- og omsorgstjenester.

### **Oppfølging av samhandlingsreformen og ny nasjonal helse- og omsorgsplan**

Helseforetakene må forberede seg på de utfordringer reformen vil medføre. Det vil bli gitt ytterligere styringssignaler etter Stortingets behandling.

### **Samfunnsansvar**

Helseforetaket forvalter betydelige verdier på vegne av samfunnet. Det er viktig at samfunnsansvaret ivaretas i all planlegging og utvikling for å sikre fremtidig bærekraft og godt omdømme. Foretaksmøtet forventer at ledelse på alle nivå tar del i dette ansvaret.

### **Kostnadskontroll**

Regionen skal ha en bærekraftig grunnleggende drift som sikrer verdibevarende vedlikehold og et fornuftig nivå på medisinteknisk utstyr og investeringer i IKT. Kostnadskontroll og god økonomisk styring er viktig for å frigjøre ressurser til investeringer, forskning, og mer og kvalitativt bedre pasientbehandling. Det er avgjørende viktig at helseforetaket har kontroll på økonomien og leverer et resultat i 2011 i samsvar med styringsdokumentets krav.

### **Gjennomføring av Strategi 2020**

Strategi 2020 skal være retningsgivende i spørsmål knyttet til prioritering og førende for den utvikling som skal skje i alle deler av vår foretaksgruppe framover.

Disse utfordringene og målene krever bevisst omlegging av innhold og utøvelse av helsetjenester på alle nivåer i sykehus og avdelinger. Det påhviler helseforetakene et stort ledelsesansvar å sørge for å forankre Strategi 2020 i sine organisasjoner slik at en omlegging faktisk vil skje.

For øvrig henvises det til styringsdokumentet for 2011.

SA

SA:

GB:

GB

## **Sykefravær**

Personell med riktig kompetanse er den viktigste ressursen for helseforetaket. Det er derfor viktig å legge til rette for et stort arbeidsnærvær og å redusere sykefraværet.

## **Styringsdokument 2011**

Styringsdokumentet for 2011 ble gjennomgått og kommentert.

## **Foretaksmøtet vedtok:**

*Foretaksmøtet tar redegjørelsen om eiers overordnede styringsbudskap og styringsdokumentet for 2011 til etterretning.*

## **Sak 4 Endret resultatkrav for 2010**

Det er to forhold som påvirker resultatkravet for 2010. Det gjelder endring av inntektsrammer for 2010 og endring knyttet til pensjon.

Basisrammen på 234 mill kr budsjettert til finansiering av investeringer er fordelt til helseforetakene med formål å styrke egenkapitalen. Resultatkravet er endret tilsvarende.

- Helse Nord-Trøndelag HF er tildelt økt basisramme for 2010 på 41,737 mill kr

Bevilgningen til Helse Midt-Norge RHF ble etter forslag til endring i statsbudsjett for 2010 jf Prop. 32 S (2010-2011) av 19. november 2010 satt ned med 640 mill kr for 2010 med bakgrunn i Stortingets vedtak om endringer i offentlige tjenestepensjoner av 25. juni 2010. Den samlede reduksjonen i pensjonskostnader utgjør for Helse Midt-Norge 1 330 mill kr, der 690 mill kr settes som et overskuddskrav for 2010. Resterende 640 mill kr reduseres i basisbevilgningen mens driftskredittrammen settes opp tilsvarende for å ivareta behov for likviditet til betaling av pensjonspremie.

- Resultatkravet for Helse Nord-Trøndelag HF for 2010 endres til 146,5 mill kr

## **Foretaksmøtet vedtok:**

*Foretaksmøtet tar redegjørelsen om endret resultatkrav for 2010 til etterretning.*

## **Sak 5 Økonomiske krav og rammebetingelser**

### **5.1 Resultatkrav for 2011**

Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 sørge for at foretakets samlede ressursbruk til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor de rammer som følger av styringsdokument for 2011. Foretaksmøtet viste til føringene som er gitt gjennom styringsdokument for 2011 og ba om at Helse Nord-Trøndelag HF legger stor vekt på kravet om reduserte ventetider.

Foretaksmøtet presiserte at:

- Lovverket for rettighetspasienter skal overholdes (mål: 0 % fristbrudd for rettighetspasienter).

SA:

SA:

GB:

GB

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011.

Det vises til styringsdokumentet for spesifisering av styringsparameterne. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket iverksetter nødvendige tiltak for å innfri resultatkravene innenfor de rammer og oppgaver som gjelder for helseforetak. Gjennomføringen av tiltak skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner og i god dialog med pasienter, pårørende og deres organisasjoner.

### **Regnskapsmessig resultat**

Det økonomiske opplegget for 2011 i Prop. 1 S (2010-2011) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene ville bli på om lag samme nivå som lagt til grunn i Prop. 1 S (2009-2010). Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2011 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. Foretaksmøtet presiserte at helseforetakene i utgangspunktet må håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer, jf. føringer gitt i St. prp. nr. 1 (2008-2009) og Prop. 1 S (2010-2011).

- Helse Nord-Trøndelag HF skal ha et resultat lik 0 eller bedre i 2011.

### **Likviditet og driftskreditter**

Helse Nord-Trøndelag HF kan ikke ta opp lån eller driftskreditter ut over det som gis av eller fastsettes av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg til regelmessig rapportering av likviditetsprognose må eier varsles i god tid, og senest 8 uker før ved eventuelt behov for utvidet driftskreditramme. I Prop. 32 S (2010-2011) ble bevilgningen til Helse Midt-Norge satt ned med 640 mill kr for 2010 med bakgrunn i Stortingets vedtak om endringer i offentlige tjenstepensjoner av 25. juni 2010. Regionens driftskredittrammer ble tilsvarende satt opp for å dekke inn dette, men reduksjonen ble ikke effektivert mot aktuelle foretak. Driftskredittrammene til foretakene blir i 2011 justert opp slik at denne fordringen kan løses inn mot regionforetaket.

I Prop. 1 S (2010-2011) er det lagt til grunn anslag som innebærer at pensjonspremien blir lavere enn den anslåtte pensjonskostnaden i 2011. Basert på disse anslagene, skal driftskredittrammen for Helse Midt-Norge RHF reduseres med 84 mill kr i 2011. I tillegg er det av styret i Helse Midt-Norge RHF vedtatt at driftskreditten skal nedbetales med 100 mill kr pr år.

Helse Nord-Trøndelag HF er for 2011 tildelt en driftskreditramme i Fokus Bank på 200 mill kr.

### **Vedlikehold**

Eier har i foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF lagt til grunn at regionen må sikre at det foreligger vedlikeholdsplaner i regionen som sikrer god forvaltning av eksisterende kapital. Det regionale foretaket vil legge opp til en samlet prosess hvor foretakene utarbeider systematiske, langsiktige vedlikeholdsplaner for å ta igjen etterslepet og avsettes nødvendige midler til vedlikehold.

- Foretaksmøtet forutsetter at helseforetaket gjennomfører en nærmere vurdering av hva ordinært vedlikehold bør ligge på i de enkelte sykehus og at det utarbeides systematiske, langsiktige vedlikeholdsplaner for å ta igjen etterslepet på vedlikehold av bygg i løpet av en 15-årsperiode. Dette vil inngå i leveranse til Langtidsbudsjett 2012-2017.

SA:

SA:

GB:

GB

- Foretaksmøtet ber om at det blir foretatt en regelmessig gjennomgang av bygningsmassens tekniske tilstand hvert annet år, første gang ultimo 2011.

## 5.2 Styring og oppfølging i 2011

Foretaksmøtet uttrykte tilfredshet med at prognosen for årsresultat 2010 er bedre enn eiers styringskrav. Foretaksmøtet vektla likevel viktigheten av at økonomistyring og -oppfølging fortsatt må være prioritert i Helse Nord-Trøndelag HF.

Når det gjelder utviklingen i ventetider og fristbrudd, var foretaksmøtet tilfreds med at ventetidene er redusert på prioriterte områder. Ventetidsindikatorer og fristbrudd vil bli fulgt opp særskilt i 2011 med hyppigere rapportering enn tidligere og foretaksmøtet forventet at helseforetaket legger stor vekt på å få til betydelige forbedringer innenfor disse områdene.

Foretaksmøtet viste til føringene i styringsdokumentet om korridorpasienter. Foretaksmøtet ser på korridorpasienter som uakseptabelt. Foretaksmøtet la til grunn at det iverksettes tiltak for å unngå korridorpasienter, blant annet ved at de risikovurderinger som er pålagt blir gjennomført, ved samarbeid mellom avdelinger og ved samarbeid mellom sykehusene. Det skal ikke være korridorpasienter hvis ledige senger på andre avdelinger kan tas i bruk.

Foretaksmøtet er fornøyd med utviklingen i epikrisetid i 2010. En viser til styringsdokumentet for krav for 2011 og det langsiktige målet om at epikrisen skal følge pasienten.

- Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere til Helse Midt-Norge RHF i henhold til de til enhver tid gjeldende maler og retningslinjer. Nytt fra 2011 er at det også skal rapporteres månedlig på indikatorer for ventetider og fristbrudd.
- Foretaksmøtet ba om at det gis tilbakemelding på tiltak for å unngå korridorpasienter på dialogmøtene i 2011. Helse Midt-Norge RHF vil på bakgrunn av denne vurdere om ev økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter skal iverksettes.

Foretaksmøtet viste til Nasjonalt Program for Stab og Støtte og til pågående prosjekt for felles nasjonal økonomi- og logistikk-løsning som skal gi god og sammenlignbar ledelsesinformasjon og beslutningsstøtte, samt bidra til øvrig gevinstrealisering.

- Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket i samsvar med tidsplanen forbereder og implementerer nytt system for økonomi og logistikk.

### Foretaksmøtet vedtok:

*Foretaksmøtet tar redegjørelsen om økonomiske krav og rammebetingelser for 2011 til etterretning.*

## Sak 6 organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011.

### 6.1 Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonal helse- og omsorgsplan

Foretaksmøtet viste til Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen, jf. Innst. nr. 212 S (2009-2010). Departementets oppfølging gjennom bl.a. ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal legges fram for Stortinget våren 2011, og det er forutsatt at lovendringer skal tre i kraft fra 1. januar

SA

SA:

GB:

GB

2012. Foretaksmøtet viste til at Helse Midt-Norge RHF vil komme tilbake til helseforetaket med eventuell videre oppfølging når Stortinget har behandlet lovforslaget og stortingsmeldingen.

Foretaksmøtet viste til omtalen av samhandlingsreformen i styringsdokumentet for 2011. Foretaksmøtet ba helseforetakene legge vekt på å forberede seg på gjennomføring av reformen i dialog med kommunene, herunder forslaget om å lovfeste plikt til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det forutsettes samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte, brukere og berørte kommuner i slike prosesser.

Foretaksmøtet ber om at det ved salg av eiendom, skal gjøres en særskilt vurdering av om eiendommen kan være egnet for bruk i forhold til de forslag som vil komme i samhandlingsreformen. Foretaksmøtet ba videre om at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle aktuelle salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak. Dette må skje på et tidlig nok tidspunkt til å muliggjøre dialog omkring prosessen og bruk av eiendommen. Ved nye investeringer skal det legges vekt på å tilrettelegge for oppfølging av intensjonene i samhandlingsreformen. Dette er særlig aktuelt ved planlegging av større byggeprosjekter.

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF forbereder seg på implementering av samhandlingsreformen fra 1. januar 2012, herunder legger til rette for å følge opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner.
- For å kunne møte de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen, må helseforetaket arbeide videre med planer og piloter i samarbeid med kommunene om utvikling av tjenestetilbudet til befolkningen
- Når vedtak om finansieringsordninger i forbindelse med samhandlingsreformen er fattet, må Helse Nord-Trøndelag HF inngå avtaler med kommunene som sikrer at det er sammenheng mellom oppbygging av tilbud i kommunene og disponering av lediggjort kapasitet i helseforetaket.
- Foretaksmøtet la til grunn at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.
- Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen.

## 6.2 Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet veileder for styrearbeid i de regionale helseforetakene. Veilederen er en sammenfatning av gjeldende rettsregler og styringskrav. Veilederen inneholder også en omtale av styrearbeid av mer veiledende karakter. Helse Midt-Norge RHF vil utarbeide en tilsvarende veileder for styrearbeid i helseforetakene.

- Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Nord-Trøndelag HF har fastsatt instruks for styret og instruks for daglig leder.
- Foretaksmøtet ber om at den regionale veilederen blir lagt til grunn for styrearbeidet så snart den foreligger.

SA:

SA:

GB:

GB:

### 6.3 Regjeringens eierskapspolitikk

Dokumentet "Regjeringens eierpolitikk" er forankret i Stortingets behandling av St. meld. nr. 13 (2006-2007) Et aktivt og langsiktig eierskap. Foretaksmøtet la til grunn at styret og ledelsen for Helse Nord-Trøndelag HF er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk.

- Foretaksmøtet forventet at styret og daglig ledelse er kjent med kravene til samfunnsansvar og håndterer dette i sin strategiske og operasjonelle virksomhetsstyring.
- Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Nord-Trøndelag HF årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal videreformidles til eier.
- Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket forholder seg til retningslinjene for lederlønn. Retningslinjene slår fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende (se brev fra eier 14.9.2007). Foretaksmøtet forutsatte videre at styret og ledelsen er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse (Dokument 3:2 (2010-2011)).

### 6.4 Tiltak på personalområdet

Strategi 2020 for Helse Midt-Norge følges opp med bla regionalt prosjekt "Kompetanse og Kapasitet". Fase 1 i prosjektet inneholder en gjennomgang av status i foretaksgruppen, fremskrivning av utfordringsbildet, vurdering av viktige endringsdrivere og forslag til tiltaksområder. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF deltar aktivt i dette arbeidet

Etter regional styrebehandling vil eier følge opp tiltaksområdene med foretaket og Regional handlingsplan HR vil revideres.

Foretaksmøtet vil imidlertid allerede nå be om at:

- Helse Nord-Trøndelag HF styrker sin kunnskap om hvilken kompetanse som trengs for å møte utfordringene beskrevet i Strategi 2020
- Helse Nord-Trøndelag HF aktivt bidrar i å ta i bruk system for løpende kompetanseplanlegging som vil bli anskaffet som regional applikasjon høsten 2011 (Dossier)
- Helse Nord-Trøndelag HF som et ledd i innføringen, iverksetter opplæringstiltak for ledere og staber knyttet til systematisk kompetanse- og personalplanlegging
- I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag videreutvikle arbeidet med aktivitets- og bemanningsplanlegging (årsplaner) og styrke kompetansen til ledere og staber innen dette området. Foretaksmøtet understreker betydningen av at dette arbeidet må prioriteres også for å kunne lykkes med å nå målet om redusert ventetid.

I foretaksprotokollen vil følgende styringsbudskap fra eier presiseres:

#### **Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner**

Helseforetakene har ansvar for at utdanning og rekruttering av helsepersonell gjøres slik at det bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet og en kvalitativ god helsetjeneste.

Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF:

SA:

GB:

GB

- Legger til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring i helseforetaket i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og kommunene. Dette er presisert i styringsdokumentet og eier vil konkretisere måltall og krav til opptrappingsplan i et eget brev til foretaket..
- sørger for at WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell etterleves. Retningslinjene tilgjengeliggjøres i felles Personalweb.
- sørger for at helseforetaket har gode rutiner ved tilsetting av helsepersonell, jf. Personalweb og Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner – Gode tilsettinger".

### **Faste stillinger og deltid**

Helseforetaket skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk for alle helsepersonellgrupper og øvrige ansatte gjennom å ta i bruk arbeidskraftreserve på deltid og redusere innleie.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF sørger for at de som hovedregel bruker faste stillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9).
- Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, reduserer andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011. For å nå målsettingen må bruken av midlertidige stillinger gjennomgås og handlingsrommet knyttet til turnover og opprettelse av nye stillinger brukes aktivt for å øke heltidsandelen.

Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 rapportere andelen deltid månedlig gjennom ØBAK, og dette vil bli fulgt opp i dialogmøtene. Helseforetaket skal i årlig melding rapportere om utviklingen i andelen deltid og hvilke tiltak som er iverksatt for å redusere andelen deltid.

### **Inkluderende Arbeidsliv (IA) og sykefravær m.m.**

Foretaksmøtet viste til Regjeringens og partenes arbeid med en ny og mer målrettet IA-avtale for perioden 1. mars 2010 til 31. desember 2013 for å redusere sykefraværet, hindre utstøting og frafall, øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne, og stimulere til forlenget yrkesaktivitet etter fylte 50 år.

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF setter aktivitets- og resultatmål i arbeidet med å nå IA-avtalens mål frem til 31.3.2013. For foretaket betyr dette å etablere plan med periodisert måltall frem til IA-målet på maks 7 % sykefravær i 2013.

### **Konsulentbruk**

Foretaksmøtet presiserte at bruken av eksterne konsulenter bør avgrenses til områder der det er nødvendig med kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Bruk av eksterne konsulenter skal vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse.

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF skal ha et bevisst forhold til og begrenser bruken av eksterne konsulenter.

### **Nasjonal lederplattform – styrket ledelse og bedre ledelsesstøtte**

Nasjonalt og regionalt ledelsesutviklingsprogram vil videreføres, basert på de nasjonale kravene til lederadferd i helseforetakene. Programmene skal tilpasses de krav og utfordringer lederne i helseforetaket står overfor. Lederutvikling på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten skal derfor spesielt legge vekt på krav til ledernes rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), krav til kvalitet og

SA:

SA:

GB:

GB:

pasientsikkerhet og samhandlingsreformens krav til samhandling med kommunehelsetjenesten. For Helse Midt-Norge vil dette skje innen rammene av realisering av Strategi 2020.

Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om:

- Å lage en tiltaksplan for å sikre rekrutteringsgrunnlaget for ledende stillinger i foretaket og i foretaksgruppen, herunder også hvordan arbeidet med lederutvikling og karriereutvikling ivaretas.
- Å vektlegge Strategi 2020 i foretakets lederutviklingsprogrammer

### **Permisjonspraksis**

Det er et nasjonalt ansvar å sørge for kvalifisert helsepersonell på Svalbard. Videre viste foretaksmøtet til at deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid blant helseforetakenes ansatte er positivt og viktig.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å legge til rette for permisjon til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus.
- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å sørge for en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid.

## **6.5 Intern kontroll og risikostyring**

Det er avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og avvik i tjenestene. De regionale helseforetakene må sørge for at det arbeides systematisk med å lære av avdekkede avvik på tvers i organisasjonen. Foretaksmøtet viste til tidligere gitte føringer på området, herunder:

- Styret skal påse at Helse Nord-Trøndelag HF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.
- Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik. Det skal redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.
- Foretaksmøtet la til grunn at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser omstillingen vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.
- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF sikrer en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

## **6.6 Kvalitet i anskaffelsesprosessene**

De regionale helseforetakenes og helseforetakenes anskaffelser er omfattende og har stor samfunnsbetydning. Foretaksmøtet har tidligere stilt krav om god internkontroll, etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser og tiltak for å styrke kompetansen på området. Det har i tillegg vært krav knyttet til miljø- og samfunnsansvar og krav om oppfølging av ILO-konvensjon nr. 94 for å sikre like arbeidsvilkår uavhengig av nasjonalitet. Det går fram av lov om offentlig

SA:

SA:

GB:

GB:

anskaffelser, at leverandører skal pålegges å sikre lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av tariffavtaler, regulativ eller det som er normalt for vedkommende sted og yrke. Foretaksmøtet viste til at helseforetakenes kjøp av helsetjenester har stor betydning for ideelle institusjoners situasjon og for befolkningens tjenestetilbud. Foretaksmøtet legger til grunn at helseforetakene kontinuerlig lærer av erfaringer ved gjennomføring av anskaffelser av helsetjenester, for å hindre uheldige konsekvenser ved fremtidige anskaffelser. For å sikre god kvalitet i disse prosessene er det nødvendig med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å gjennomføre regionale og nasjonale prosjekter.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF følger anbefalingene fra de regionale helseforetakenes fellesprosjekt knyttet til miljø og samfunnsansvar, delprosjekt innkjøp.
- Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF styrker sin innkjøpsfunksjon med ressurser som muliggjør realisering av felles nasjonale og regionale prosjekter.

## 6.7 Utvikling på IKT-området

Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at helseforetakene bidrar aktivt til en framtidsrettet utvikling på IKT-området.

For å sikre en portefølje av prosjekter som møter fremtidige behov må helseforetakene ta et tydelig ansvar som strategiske bestillere av IKT-prosjekter. Gjennom de faste styringsgruppene innenfor IKT utøver helseforetakene styring av de regionale prosjektene. Innføring av nye verktøy skjer gjennom regionale og egne innføringsprosjekter. Måloppnåelse og gevinstuttak er helseforetakenes ansvar.

Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF:

- I henhold til felles mandat for styringsgruppene innenfor IKT skal Helse Nord-Trøndelag HF sine representanter i styringsgruppene være et kontaktpunkt for det regionale prosjektet inn i det enkelte helseforetak, og bidra til at det etableres nødvendig lokal styring og forankring og at nødvendige lokale ressurser gjøres tilgjengelige
- Skal prioritere kliniske ressurser til prosjekter som er regionalt prioriterte.

### Innføringsprosjekter og piloter i helseforetakene i 2011

På regionalt plan arbeides det med utviklingsprosjekter innen EPJ, ANIN, Lab, Økonomi og logistikk, Rapportering og styring, HR, Samhandling, Teknologi og integrasjon. Flere av prosjektene innenfor disse styringsgruppene kommer til pilotering og innføring i 2011. Det er viktig at helseforetakene følger opp og forbereder egen organisasjon til dette, slik at de nye verktøyene snarest kan gi forventet gevinst.

- I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF forberede seg på følgende innføringsprosjekter:
  - Klinisk arbeidsflate skal innføres i alle psykiatriske avdelinger
  - Ny versjon av op-plan skal innføres i alle avdelinger som er brukere av op-plan
- Foretaksmøtet forutsatte at økte kostnader/realisering av gevinster etter innføring av ny teknologi, så tidlig som mulig tas inn og synliggjøres i langsiktige planer og budsjetter.

Listen er ikke uttømmende.

SA:

SA:

GB:

GB

Helseforetakene vil få varsel i forkant av nye piloter og innføringsprosjekt gjennom brev fra Hemit der ressursbehov fra helseforetaket knyttet til prosjektleidelse, testressurser og opplæringsbehov klargjøres.

### **Spesielt om elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet**

Nasjonalt meldingsløft har som mål at informasjonsutveksling mellom nivåene i helsetjenesten skal baseres på sikker elektronisk meldingsutveksling og at parallelle forsendelser av papir skal avvikles.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF etablerer oppfølgingsrutiner for å sikre sikker elektronisk meldingsutveksling. I tillegg skal det etableres planer for avvikling av papirløsninger, jf. handlingsplan for Regionalt meldingsløft.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 bidra til å oppnå målene i nasjonalt meldingsløft, og å oppnå visjonen for Meldingsløftet i Helse Midt-Norge som er: "Helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid."
- Helse Nord-Trøndelag HF i 2011 skal ivareta mottak av elektroniske henvisninger fra, og sending av elektroniske epikriser til, alle fastleger og avtalespesialister som har etablert løsninger for dette. Helseforetaket har et utvidet ansvar for dialog med legekantor og avtalespesialister i sin region, spesielt i forbindelse med avvikling av parallelle papirforsendelser. Det samme skal gjelde for røntgen-henvisninger og -svar, samt laboratoriesvar. Helseforetaket skal også tilrettelegge grunnlag for korrekt adressering av meldingene.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal videre i 2011 tilrettelegge for elektronisk meldingsutveksling med kommunehelsetjenesten (basert på de samme meldingene som med fastlegene), samt iverksette mulighet for å motta laboratorierekvirering fra primærhelsetjenesten i tråd med regionale planer som utarbeides basert på erfaringer fra Helse Sør-Øst.

## **6.8 Nødnett**

Foretaksmøtet viste til protokoll fra foretaksmøtet i februar 2010 om utbygging av første byggetrinn av Nødnett. Det første trinnet vil trolig ferdigstilles i 2011.

## **6.9 Pasientreiser**

Pasientreiser skal organiseres og drives slik at den enkelte pasients behov for hensiktsmessig transport ivaretas. Pasienter med rekvisisjon for spesialtilpasset transport skal sikres et differensiert og tilrettelagt tilbud. Behandling og transport skal ses i sammenheng.

Helse Nord-Trøndelag HF skal

- Rapportere egenandeler for pasientreiser elektronisk til HELFO i tråd med krav som stilles til kvalitet, hyppighet og kompletthet slik at pasientene mottar frikort automatisk.
- Sikre og følge opp tiltak for å opprettholde en saksbehandlingstid som normalt ikke skal overstige 10 virkedager på reiseoppgjør for pasientreiser.

SA:

SA:

GB:

G

## Foretaksmøtet vedtok:

*Foretaksmøtet tar redegjørelsen om organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011 til etterretning.*

## Sak 7 Øvrige Eierkrav

### 7.1 Miljø- og klimatiltak

Foretaksmøtet viste til arbeidet med det nasjonale miljø- og klimaprojektet i helseforetakene og til sluttrapport om miljø og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten. Foretaksmøtet viste videre til tidligere krav om oppfølging av nasjonal klimapolitikk, og understreket at sektoren gjennom energiøkonomisering og klimavennlig oppvarming må bidra til å realisere de nasjonale klimaforpliktelsene.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å etablere miljøledelse og miljøstyringssystem i helseforetakene og påfølgende sertifisering av styringssystemet i henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014.
- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp, bygg/eiendom og transport.
- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF legge til rette for klimavennlige løsninger og oppvarming, og gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger der det ikke finnes pr i dag.

Arbeidet vil bli samordnet i det nasjonale miljø- og klimaprojektet og Helse Nord-Trøndelag HF bes om å delta aktivt i dette arbeidet.

### 7.2 Nasjonalt profilprogram

Det nasjonale profilprogrammet som ble utarbeidet ved opprettelsen av de regionale helseforetakene og helseforetakene i 2002 er revidert. En enhetlig profilering har informasjonsverdi for pasienter, pårørende og andre samarbeidsparter og synliggjør også felles identitet og tilhørighet.

- Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket forholder seg til revidert nasjonalt profilprogram når det foreligger.

### 7.3 H-reseptordningen

H-resepter (Helseforetak-resepter) er resepter på legemidler som utleveres gjennom apotek, men finansieres av helseforetakene. Ordningen omfatter for tiden legemidler til behandling av MS og TNF-hemmere mv. Helse Midt-Norge RHF er, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Apotekforeningen, bedt om å vurdere behovet for forbedringer i oppgjørsordningen mellom apotek og helseforetak for legemidler i H-reseptordningen. Dette omfatter en vurdering av behovet for eventuelle regelverkendringer. H-reseptordningen må også vurderes i lys av innføring av elektronisk resept.

SA:

SA:

GB:

GB

## 7.4 KPP-regnskap

Kostnad Per Pasient (KPP) er betegnelsen på en regnskapsmetode for dokumentasjon av kostnader knyttet til en enkelt pasientkontakt. Det er et mål å etablere KPP som grunnlag for virksomhetsstyring i helseforetak, og siktemålet er at 10 helseforetak skal ha etablert KPP innen 2015. Piloteringen av nasjonale KPP-spesifikasjonen i 2010 viste at den er et godt utgangspunkt for implementering av KPP-modeller, men også at den bør forbedres og justeres noe. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene i 2011 skal delta med minst ett helseforetak i KPP-prosjektene Helsedirektoratet iverksetter i samsvar med de krav og frister direktoratet setter.

- Helse Nord-Trøndelag HF vil bli forespurt om de ønsker å delta i prosjektet når forespørsel fra Helsedirektoratet kommer. Helse Midt-Norge må delta med minst ett helseforetak.

## 7.5 Parkering

Foretaksmøtet viste til foretaksmøtet i januar 2010 om oppfølging av rapport av 24. november 2008 utarbeidet av de regionale helseforetakene. I tråd med kravet i møtet oversendte de regionale helseforetakene 7. desember 2010 en evalueringsrapport til departementet.

- Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakene begrenser betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling.

### Foretaksmøtet vedtok:

*Foretaksmøtet tar redegjørelsen om øvrige styringskrav for 2011 til etterretning.*

### Sak 8 Stadfesting av tidligere vedtak

Etter etablert praksis skal vedtak som er fattet i telefonmøte, stadfestes i første ordinære foretaksmøte. Det har vært avholdt ett foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF siden forrige ordinære foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF.

### Oppnevning av nytt styremedlem

Det ble avholdt foretaksmøte som telefonmøte i Helse Nord-Trøndelag HF 19. januar 2011. Møtet gjaldt utnevning av nytt styremedlem.

### Foretaksmøtet vedtok:

*Med virkning fra 19.1.2011 trår Asbjørn Hofslie ut av styret i Helse Nord-Trøndelag HF og nytt styremedlem blir Torbjørn Vanvik.*

SA:

GB:

*Foretaksrådet minner om at styret som kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av habilitetsbestemmelsene i forvaltningsloven kapittel 2.*

Møtet ble hevet kl.16:50

Stjørdal 8.februar 2011

Steinar Aspli

Gunnar Bovim

SA:

GB:

## 1. VEDLEGG 1 Rapporteringskrav og årlig melding

Helseforetaket skal rapportere på oppfølging av styringskravene som er stilt i foretaksmøtet i årlig melding, jf helseforetaksloven § 34 og vedtektene § 15. Det vises også til eksplisitt stilte rapporteringskrav omtalt under sak 4, 5, 6 og 7 i protokollen, samt rapporteringskrav og standardiserte rapporteringsmaler som fremgår av vedlegg 1. Årlig melding for 2011 skal være en samlet tilbakemelding på styringskrav som fremgår av oppdragsdokument og i foretaksmøteprotokoll. All rapportering skal skje elektronisk til [postmottak@helse-midt.no](mailto:postmottak@helse-midt.no) og ellers i henhold til rapporteringskalender for Helse Midt-Norge 2011.

Helseforetaket har ansvar for å melde fra til eier om vesentlige avvik i forhold til planlagt måloppnåelse, herunder bl.a. eventuelle avvik fra fremdriftsplan og kostnadsrammer for større byggeprosjekter.

Helse Midt-Norge minner også om at tidligere stilte eierkrav fortsatt har gyldighet i foretakenes virksomhet, uten at disse gis særskilt omtale og stilles rapporteringskrav til i 2011.

### Nærmere om rapportering gjennom ØBAK 2011

Det skal rapporteres til Helse Midt-Norge RHF gjennom ØBAK 2011. Nytt for ØBAK 2011 er at den samlede rapporteringen også inkluderer rapportering knyttet til investeringer (tidligere skjema E2) og kontantstrøm (tidligere skjema E4). ØBAK 2011 og tilhørende informasjon skal fortrinnsvis styrebehandles i forkant av oversendelse til Helse Midt-Norge RHF. Som et minstekrav forutsettes det at styret mottar kopi av oversendelsen til Helse Midt-Norge RHF.

Gjennom ØBAK 2011 videreføres rapporteringsopplegget fra tidligere år med enkelte endringer (se over). Det forutsettes at det resultatoppsettet som benyttes ved rapportering til eier også benyttes ved styrebehandling hos helseforetaket. Det skal rapporteres til eier på den økonomiske utviklingen i helseforetaket hver måned. Av hensyn til både ferieavvikling og behovet for oppdaterte resultater og årsprognoser, rapporteres resultatene for juni og juli i samme forsendelse med frist 12. august 2011. For januar 2011 forventes det at helseforetaket rapporterer på enkelte av parametrene i ØBAK 2011 i tråd med presisering i vedlegg 1b.

### Rapporteringsfrister

- Frist for utfylling av tekst til årlig melding i oppfølgingsliste i virksomhetsportalen er 13. januar 2012
- Frist for innsending av årlig melding for 2011 er januar 2012.
- Rapporter som skal leveres per tertial, sendes Helse Midt-Norge RHF snarest mulig og senest innen 10 virkedager etter rapporteringsperiodens utløp.
- Skjema for rapportering av ØBAK 2011 (Økonomi, Bemanning, Aktivitet og Kvalitet) skal være Helse Midt-Norge RHF i hende innen fristene oppsatt i rapporteringskalender for Helse Midt-Norge 2011

Det gjøres oppmerksom på at det kan komme endringer i skjema og frister i løpet av året. Dette vil meddeles helseforetaket gjennom oppdatering av frister under økonomi- og regnskapsnettverk i virksomhetsportalen så snart endring er klar.

### Vedlegg 1 omfatter følgende

1a) Tabell med oversikt over rapporteringskravene og tidsfrister

1b) Rapporteringsskjema for Økonomi, Bemanning, Aktivitet og Kvalitet (ØBAK) for 2011 – *oversendes elektronisk*

1c) Rapporteringskalender for Helse Midt-Norge 2011 – ligger under økonomi- og regnskapsnettverk i virksomhetsportalen:

<http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/nettverk/okonomisjefer/Lists/Frister/Kommende%20frister.aspx>

SA:

SA:

GB:

GB

**VEDLEGG 1a Oversikt over rapporteringskrav og tidsfrister**

| Sak |                                                                      | Omtale i<br>årlig melding | Særskilt rapportering                                                                                                                                                                                               |
|-----|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                      |                           |                                                                                                                                                                                                                     |
|     |                                                                      |                           |                                                                                                                                                                                                                     |
| 5   | Økonomiske krav og rammebetingelser                                  |                           |                                                                                                                                                                                                                     |
| 5.1 | Resultatkrav for 2011                                                | X                         | Det vises til styringsdokumentet for 2011 for spesifisering av styringsparameterne                                                                                                                                  |
|     | Rapportering - økonomi                                               | X                         | Månedlig rapportering i ØBAK. Adm. direktørs rapport med kommentarer til utviklingen sendes til samme frister.<br><br>Ukentlige prognoser på likviditet.<br><br>Månedlig rapportering på kontantstrøm. (Vedlegg 1d) |
| 5.2 | Styring og oppfølging                                                | X                         | Månedlig rapportering i ØBAK. Nytt fra 2011 er at det også skal rapporteres månedlig på indikatorer for ventetider og fristbrudd                                                                                    |
|     | Investeringer og kapitalforvaltning                                  | X                         | Omtalen skal bl.a. inneholde en samlet vurdering av planlagte investeringer i de kommende årene i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer                                      |
| 6   | Organisatoriske krav og rammebetingelser                             |                           |                                                                                                                                                                                                                     |
| 6.1 | Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonal helse- og omsorgsplan | X                         | Status samhandlingsprosjekter                                                                                                                                                                                       |
| 6.2 | Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks                  | X                         |                                                                                                                                                                                                                     |
| 6.3 | Regjeringens eierskapspolitikk                                       | X                         |                                                                                                                                                                                                                     |
| 6.4 | Tiltak på personalområdet                                            |                           |                                                                                                                                                                                                                     |
|     | Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner             | X                         |                                                                                                                                                                                                                     |
|     | Faste stillinger og deltid                                           | X                         | Helseforetaket skal i 2011 rapportere andelen deltid månedlig gjennom ØBAK.<br>Helseforetaket skal i årlig melding rapportere om utviklingen i andelen deltid og hvilke tiltak som er iverksatt                     |

8/15

SA:

GB:

63

|     |                                               |   |                                                                                                                    |
|-----|-----------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                               |   | for å redusere andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011.                                                |
|     | Inkluderende Arbeidsliv (IA) og sykefravær mm | X |                                                                                                                    |
|     | Konsulentbruk                                 | X |                                                                                                                    |
|     | Nasjonal lederplattform                       | X |                                                                                                                    |
|     | Permisjonspraksis                             | X |                                                                                                                    |
| 6.5 | Intern kontroll og risikostyring              | X | Rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring skal forelegges ved rapportering for 2.tertial |
| 6.6 | Kvalitet i anskaffelsesprosessen              | X |                                                                                                                    |
| 6.7 | Utvikling av IKT-området                      | X |                                                                                                                    |
| 6.8 | Nødnett                                       | X |                                                                                                                    |
| 6.9 | Pasientreiser                                 | X |                                                                                                                    |
| 7   | Øvrige eierkrav                               |   |                                                                                                                    |
| 7.1 | Miljø- og klimatiltak                         | X |                                                                                                                    |
| 7.2 | Nasjonalt profileringsprogram                 | X |                                                                                                                    |
| 7.3 | H-reseptordningen                             | X |                                                                                                                    |
| 7.4 | KPP-regnskap                                  | X |                                                                                                                    |
| 7.5 | Parkering                                     | X |                                                                                                                    |

SA: *SKS*

GB: *GB*

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 08/2011 Pasient- og brukerombudets årsrapport 2010

|                                    |                 |                       |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Saken behandles i:</b>          | <b>Møtedato</b> | <b>Møtesaksnummer</b> |
| Styret for Helse Nord-Trøndelag HF | 15.02.11        | 08/2011               |

**Saksbeh:** Marit Røvik Skjerve

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/428

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag tar Pasient- og brukerombudets årsrapport 2010 til orientering.

**SAKSUTREDNING:**

**Sak 08/2011 Pasient- og brukerombudets årsrapport 2010**

**VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

- Innbundet versjon av Pasient- og brukerombudets årsrapport 2010 vil bli utdelt i møtet

**FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING**

Pasient- og brukerombudet legger fram årsrapporten i styremøtet.

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 09/2011 Kvalitetsutvalgets årsmelding 2010

---

|                                    |                 |                       |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Saken behandles i:</b>          | <b>Møtedato</b> | <b>Møtesaksnummer</b> |
| Styret for Helse Nord-Trøndelag HF | 15.02.11        | 09/2011               |
| <b>Saksbeh:</b>                    | Øivind Stenvik  |                       |
| <b>Arkivkode:</b>                  | 012             |                       |
| <b>Saksmappe:</b>                  | 2011/428        |                       |

---

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag tar Kvalitetsutvalgets årsmelding for 2010 til orientering.

## **SAKSUTREDNING:**

### **Sak 09/2011 Kvalitetsutvalgets årsmelding 2010**

## **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

- Kvalitetsutvalget årsmelding 2010

Årsmeldingen fra Kvalitetsutvalget har til hensikt

- å rapportere om virksomheten i året 2011
- å vurdere utviklingstrekk innenfor kvalitetsområdet i sammenligning med tidligere år
- å sette fokus på de utfordringene helseforetaket står overfor innen kvalitetsområdet, i tråd med en grunnleggende tanke: at vi kan lære av erfaring
- å gi foretakets ledelse og avdelinger anbefalinger om hensiktsmessige tiltak

Av meldingen går det fram at Helse Nord-Trøndelag har en aktiv meldekultur, som gir et godt grunnlag for læring og forbedring. Det vises til den statistikk og de kommentarer som fremkommer i årsmeldingen.

Antall nye tilsynssaker ligger for året 2010 på samme nivå som for året 2009. Et flertall av disse er opprettet med grunnlag i klager fra pasient eller pårørende. I samme tidsrom er i alt 35 tilsynssaker fra årene 2008, 2009 og 2010 avsluttet.

Ved siden av tilsynssakene er det i helseforetaket registrert en betydelig nedgang av klagesaker sammenlignet med 2008 og 2009.

Saker fremmet gjennom Norsk Pasientskadeerstatning i 2010 er på samme nivå som i 2009. Både i nasjonal og lokal statistikk dominerer de kirurgiske fagområdene. Det er viktig å understreke at antall saker eller utbetalinger i avsluttede saker ikke er egnede mål for kvalitet i virksomheten, etter som mange saker kan strekke seg over flere år. Likevel er det viktig å merke seg at samlede utbetalinger er stigende, både nasjonalt og lokalt.

Avviksmeldinger som er meldt med grunnlag i Basisavtale for samhandling er stabilt. Antall meldte avvik bedømmes som unaturlig lavt, men det er et gjenkjennelig mønster fra tidligere år i type avvik mellom kommuner og sykehus: i hovedsak handler meldingene om sviktende informasjon og kommunikasjon mellom tjenesteyterne.

Årsmeldingen viser til et stort omfang av interne og eksterne revisjoner for året 2010. Disse utføres med grunnlag i forskriftsfestede krav som skal sikre krav til pasientsikkerhet.

Årsmeldingens siste kapittel gir en rekke anbefalinger for konkrete tiltak som kan bidra til å heve kvaliteten i helseforetakets tjenester. Flere av tiltakene er også forankret i kvalitetsstrategien for perioden 2010-2016, og kan dessuten gjenfinnes i en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som iverksettes innværende år.

Kvalitetsutvalget behandlet rapporten i møte 09.02.11, uten å foreta endringer.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**

**Kvalitetsutvalget i Helse Nord-Trøndelag HF**

**Årsrapport 2010**

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Forord.....                                                                        | 3  |
| 1.0 Organisatoriske forhold.....                                                   | 4  |
| 1.1 Lovgrunnlag .....                                                              | 4  |
| 1.2 Andre nærliggende oppgaver .....                                               | 5  |
| 1.3 Kvalitetsutvalgets sammensetning og arbeidsform.....                           | 6  |
| 1.4 Aktivitet i 2010.....                                                          | 6  |
| 2.0 Pasientsaker, totalt omfang i 2010 .....                                       | 7  |
| 2.1 Avviksmeldinger for egen virksomhet fra interne instanser .....                | 8  |
| Utvikling i meldekultur .....                                                      | 8  |
| 2.1.1 Fordeling av internt beh. meldinger og meldinger sendt Helsetilsynet.....    | 8  |
| 2.1.2 Uønskede hendelser fordelt på alder og kjønn .....                           | 8  |
| 2.1.3 Uønskede hendelser fordelt på avdelinger Sykehuset Namsos .....              | 9  |
| 2.1.4 Uønskede hendelser fordelt på avdelinger Sykehuset Levanger.....             | 9  |
| 2.2 Uønskede hendelser fordelt på kategorier.....                                  | 10 |
| 2.2.1 Utdyping av innholdet innenfor kategori 4 .....                              | 11 |
| 2.2.2 Utvikling 2007-2010 innenfor kategori 6.....                                 | 11 |
| 2.2.3 Utdyping av innholdet innenfor kategori 6 .....                              | 11 |
| 2.3 Hendelsesbaserte tilsynssaker 2010 .....                                       | 12 |
| 2.4 Andre klagesaker 2010.....                                                     | 13 |
| 2.5 Norsk Pasientskadeerstatning, NPE-saker .....                                  | 13 |
| 2.6 Avvikshendelser med grunnlag i Basisavtalen.....                               | 14 |
| 2.7 Interne revisjoner.....                                                        | 15 |
| 2.8 Eksterne revisjoner/tilsyn.....                                                | 15 |
| 2.9 Ledelsens gjennomgang .....                                                    | 16 |
| 3.0 Aktuelle utfordringer, kommentarer til kapittel 2 .....                        | 18 |
| 3.1 Meldekulturen på foretaksnivå.....                                             | 18 |
| 3.2 Fordeling av internt behandlede meldinger og meldinger til Helsetilsynet ..... | 18 |
| 3.3 Uønskede hendelser fordelt på avdelinger/klinikker.....                        | 19 |
| 3.4 Uønskede hendelser fordelt på kategorier.....                                  | 21 |
| 3.5 Hendelsesbaserte tilsynssaker 2010 .....                                       | 22 |
| 3.6 Andre klagesaker.....                                                          | 23 |
| 3.7 NPE-saker.....                                                                 | 24 |
| 3.8 Avvikshendelser med grunnlag i Basisavtalen.....                               | 25 |
| 4.0 Anbefalinger.....                                                              | 27 |
| 4.1 Intern samhandling som grunnlag for kvalitet og pasientsikkerhet .....         | 27 |
| 4.2 Kvalitetsutvalgets rolle.....                                                  | 27 |
| 4.3 Erfaringsstilbakeføring og erfaringsutveksling .....                           | 27 |
| 4.4 Hva er uønskede hendelser/avvik? .....                                         | 28 |
| 4.5 Aktivitetsstyringen i akuttmottakene .....                                     | 29 |
| 4.6 Mottak, saksbehandling, prioritering og svar på henvisninger .....             | 29 |
| 4.7 Innføring av elektronisk meldingsrutine for avvikshendelser.....               | 30 |
| 4.8 Pasientopplevd kvalitet .....                                                  | 30 |
| 4.9 Styrking av samarbeidet med kommunene .....                                    | 31 |
| 4.10 Harmonisering av prinsipper for avvikshåndtering i helseregionen .....        | 31 |
| 4.11 Overvåkning av sykehusinfeksjoner .....                                       | 31 |
| Oppsummering .....                                                                 | 32 |

## Forord

Ved hvert årsskifte ser Kvalitetsutvalget tilbake og vurderer erfaringene fra året som gikk. Samtidig er det også naturlig å se framover med utgangspunkt i de samme erfaringene og stille spørsmål om vi makter å virkeliggjøre de målene som settes. Ofte blir erkjennelsen at det i varierende grad gjenstår uløste oppgaver. Noe av forklaringen kan være knyttet til kapasitet, men mye kan tilskrives manglende sammenheng i overgangssonen mellom linje og stab. Det blir derfor en særdeles viktig oppgave å få opprettet et "kvalitetsnettverk" gjennom opprettelse av kvalitetsrådgivere ved alle klinikker.

Alle som arbeider i helsevesenet har en felles oppgave i å sikre kvalitetsmessig tilfredsstillende tjenester og ivareta pasientsikkerheten. Erfaringen viser at tjenestene i Helse Nord-Trøndelag holder et høyt nivå både faglig og systemmessig, men det er ingen grunn til å slå seg på brystet av den grunn. Kvalitetsutvalget har i sitt arbeid en understøttende rolle, hvor oppgavene er mange og utfordrende. Allikevel er det lett å innse at Kvalitetsutvalget ikke kan skape større resultater uten at lederne og de enkelte medarbeidere i linjeorganisasjonen engasjerer seg aktivt i kvalitetsarbeidet. Strategiplanen for Helseforetaket som ble ferdigstilt våren 2010 gir et viktig grunnlag for å styrke kvalitetskulturen og gjennomføringsevnen i vår organisasjon, med fokus på opprettelsen av kvalitetsrådgivere, innføring av journalanalyse, forebygging av komplikasjoner og feilmedisinering i klinikkene. Vi konstaterer at flere av tiltakene tidligere også er anbefalt i Kvalitetsutvalgets årsmelding og ved innspill til "Ledelsens gjennomgang". Samme type tiltak og fokusområder beskrives nå også i en landsomfattende pasientsikkerhetskampanje for året 2011.

I diskusjonen om kvalitet i helsetjenesten vil mange hevde at kravene til kvalitetsforbedring bare kan realiseres gjennom økte bevilgninger. Virkeligheten er i de fleste tilfelle en annen: sviktende kvalitet koster helseforetakene betydelige summer hvert eneste år. Bare i løpet av året 2010 har Helse Nord-Trøndelag en samlet utgift på mer enn 20 millioner i egenbetaling for pasientsaker som er sluttbehandlet i Norsk Pasientskadeerstatning. I tillegg kommer ekstra kostnader i behandlingen av komplikasjoner og forlengede pasientforløp som følge av uønskede hendelser, innteksttap som følge av redusert kapasitet og svekket produktivitet o.s.v. SINTEF viser i en rapport over reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager i somatiske sykehus at raten for pasienten over 18 år var henholdsvis 12,5% i 2008 og 12,4% i 2009. Raten tiltar med økende alder. Både i 2008 og 2009 var reinnleggesraten for pasienter 80 år og eldre omtrent 3 ganger så høy som for pasienter i aldersgruppene 50-64 år. I Nord-Trøndelag er det i 2008 vist at ca. 20% av pasienter i aldergruppen over 67 år blir reinnlagt som ø.hj. innen 30 dager. Mye taler for at ratene for reinnleggelser indirekte er et uttrykk for kvaliteten i tjenestene, når vi snakker om helsetjenesten i sin helhet.

Meldesentralen opplyste i sin årsrapport 2008-2009 at det på nasjonalt nivå i 2009 ble mottatt ca. 2000 meldinger om uønskede hendelser, og påpeker bl.a. de store ulikhetene i meldefrekvens. Beregnet pr. 10 000 døgnopphold for de 14 "største" helseforetakene hadde Helse Nord-Trøndelag flest, med 46 meldinger pr. 10 000, Helse Bergen færrest med 9 meldinger pr. 10 000. Kvalitetsutvalget ser dette som uttrykk for at vi i Nord-Trøndelag er på rett vei, og har forventninger til at vi lykkes med å virkeliggjøre helseforetakets kvalitetsstrategi i året som kommer. Det vil fortsatt være en hovedutfordring for helseforetaket å omsette erfaringene til aktiv læring og forbedring.

Øivind Stenvik  
Helsefaglig rådgiver

Kolbjørn Thun  
Helsefaglig rådgiver

Tor Ivar Stamnes  
kvalitetssjef

# 1.0 Organisatoriske forhold

## 1.1 Lovgrunnlag

Kvalitetsutvalget er hjemlet i Lov om Specialisthelsetjenesten § 3-4 og skal være et ledd i helseinstitusjonenes internkontroll. Kvalitetsutvalgets hovedoppgave er å fremme sikkerhet og kvalitet i tjenestene.

Plikten til internkontroll er bl.a. hjemlet i:

- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
- Forskrift om behandling av personopplysninger
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter
- Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen

### Meldeplikten

Arbeidet i Kvalitetsutvalget reguleres i Lov om Specialisthelsetjenesten § 3-3, som fastsetter at helseinstitusjonen *"snarest mulig skal gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade"*. Det er viktig å merke seg at meldeplikten er knyttet til skadepotensialet.

### "Betydelig skade"

Begrepet *"betydelig skade"* er knyttet til hendelser som

- vil/kan få negative konsekvenser for pasientens helse, eller
- medfører vesentlige smerter, eller
- fører til redusert livsutfoldelse/livskvalitet på kort eller lang sikt

Det handler derfor om hendelser som *under ytelse av helsetjeneste har medført, eller kunne ha medført*

- pasienters død
- funksjonstap
- utvidet behandlingsbehov
- forlenget rekonvalesens
- forlenget sykmelding
- langvarige smerter eller andre årsaker til redusert livskvalitet
- uførhet eller behov for attføring

### Varsel til Helsetilsynet

Fra 1.juni 2010 er det innført varslingsplikt til Statens Helsetilsyn *ved unaturlig dødsfall og betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko*. Det skal legges vekt på

- om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå
- om det er uklart hva som har skjedd
- om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell

Varslingen skal gies i e-post til Statens Helsetilsyn fra behandlingsansvarlig ved den avdeling (sengepost, seksjon, avdeling, klinikk) hvor hendelsen oppstod. I varslet skal det oppgis

- navn på helseforetaket og kontaktperson med direkte telefonnummer til vedkommende
- av hensyn til taushetsplikten skal ikke meldingen inneholde informasjon om hendelsen
- kontaktperson må være tilgjengelig på telefon første virkedag etter at varslet er gitt

- *varslingen erstatter ikke melding etter Lov om Spesialisthelsetjenester § 3-3, og saken behandles derfor for øvrig etter ordinære prosedyrer*

## Saksgang

1. Helsepersonell med autorisasjon eller lisens har plikt til å melde hendelsen i fastsatt skjema (IK 2448), **Del 1** (Helsepersonelloven § 38)
2. Meldingen sendes til leder ved den enhet/avdeling som er ansvarlig for hendelsen
3. Ansvarlig leder skal i meldingens **Del 2** gjennomgå, vurdere og klarlegge
  - hendelsesforløpet
  - årsak til hendelsen
  - skadeomfang eller skadepotensial (alvorlighetsgrad)
  - behov for tiltak (for pasienten, for involvert personell, evt. forebyggende tiltak)
  - at hendelsen er tilstrekkelig dokumentert
4. Avdelingsleder underskriver skjemaets **Del 2** og oversender meldingen til avsluttende behandling i Kvalitetsutvalget.
5. Kvalitetsutvalget har en rådgivende, veiledende og understøttende rolle overfor avdelings- og foretaksledelse, og er ikke et etterforskningsorgan. Kvalitetsutvalget forutsetter at de opplysninger som blir gitt fra avdelingsleder er korrekte og dekkende, men kan ved behov innhente ytterligere opplysninger i saken.
6. Kvalitetsutvalgets sekretariat utarbeider saksfremlegg og innstilling til vedtak i meldingens **Del 3** med henvisning til eget vedlegg. Det er Kvalitetsutvalget som på vegne av foretaksledelsen sender melding til Helsetilsynet. Kvalitetsutvalget i plenum behandler saker av høy alvorlighet og/eller prinsipiell betydning. Kvalitetsutvalget vurderer også om avvik skal følges opp på andre måter, for eksempel i de tilfellene erfaringer ved enkelthendelser har overføringsverdi.

## Elektronisk avviksmelding i EQS

I året 2010 er det som pilotprosjekt tatt i bruk en elektronisk melderutine i EQS ved Psykiatrisk klinikk. En rapport om erfaringer ved ordningen ble behandlet i Kvalitetsutvalget 13/10-10. Erfaringene fra klinikken har vært positive, men det er identifisert enkelte utfordringer i konverteringen av meldingen fra EQS til saksbehandlingsverktøyet ePhorte, og det er utformet en foreløpig rutine for saksgang i behandlingen av denne type meldinger. Kvalitetsutvalget fattet følgende vedtak: *"Det anbefales at man starter utrulling i begynnelsen av 2011 og tar klinikk for klinikk slik at man har fått med hele helseforetaket innen 1. november 2011. Det er viktig at man ansetter ressurser til dette, spesielt med tid til EQS-enhetsadministrator og opplæring av meldingsansvarlige og ledere".*

## 1.2 Andre nærliggende oppgaver

Enkelte avvikshendelser innebærer også meldeplikt til andre instanser: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helsedirektoratet, Statens Institutt for strålevern, Politiet etc.

Kvalitetsutvalget har også ansvar for organiseringen av saksbehandlingsrutiner som er forankret i Basisavtale for samhandling. Dette gjelder avvik i samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene, eller mellom rehabiliteringsinstitusjonene og sykehusene. Denne type avvik rapporteres tertialvis og inngår dessuten i et eget kapittel i Kvalitetsutvalgets årsrapport.

Kvalitetsutvalget medvirker også ved intern opplæring og undervisning i kvalitetsrelaterte tema, internrevisjoner, behandling av klagesaker, eksterne tilsyn, hendelsesbaserte tilsynssaker, systemmessige problemstillinger knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet m.m.

Kvalitetsutvalgets sekretariat har i stor grad vært involvert i saksbehandling ved forespørsler fra NAV, NPE, forsikringsselskaper, advokater, Helsedirektoratet, andre helseforetak og henvendelser fra pasient/pårørende. Det mottas årlig et betydelig antall saker, og antallet er økende.

I løpet av året 2010 er det gjennomført et arbeid for å reorganisere kvalitetsområdet ved å samle ressursene i en Fagavdeling med egen fagsjef. Ordningen trår i kraft fra 1.januar 2011. Innenfor Fagavdelingen vil kompetanse og personell innen kvalitetsområdet organiseres i 2 team, - ett som er orientert omkring pasientsaker, og ett som har ansvar for systemkvalitet. Begge team er ved årsskiftet i ferd med å forberede etablering av kvalitetskoordinatorer i alle kliniske enheter, og i tillegg er innføring av systematisk journalanalyse gjennom "Global Trigger Tool-metoden" under planlegging.

Det er også ved årsskiftet igangsatt et arbeid for å redefinere Kvalitetsutvalgets funksjon og sammensetning.

### **1.3 Kvalitetsutvalgets sammensetning og arbeidsform**

De pågående utredningene i forbindelse med reorganisering innenfor kvalitetskapitlet og en økende saksmengde har gitt støtet til en utredning av Kvalitetsutvalgets mandat og arbeidsform. Dette arbeidet forventes gjennomført i løpet av våren 2011. Foreløpig ligger noen overordnede føringer fast:

- Det bør være ett felles Kvalitetsutvalg for sykehusene i HNT
- Kvalitetsutvalget bør ha sterk forankring i foretaksledelsen
- I enkeltsaker kan utvalget suppleres med smittevernrådgiver, juridisk rådgiver, IT-sikkerhetsansvarlig og representant for MTA
- For å ivareta brukerrepresentasjonen på en god måte er det ønskelig å opprettholde ordningen med 4 brukerrepresentanter, hvorav 1 er oppnevnt fra brukerutvalget, de øvrige 3 fra FFO
- Det er ønskelig å holde en møtefrekvens på maksimalt 6 møter pr. år

Kvalitetsutvalget behandler alle relevante saker innenfor Helse Nord-Trøndelags ansvarsområde. Det vil i dialog med Helsetilsynet bli vurdert om enkeltsaker i større grad kan ferdigstilles av sekretariatet, slik at saksmengden i utvalgets møter begrenses til alvorlige avvik og saker av prinsipiell karakter.

### **1.4 Aktivitet i 2010**

Utvalget har i 2010 gjennomført 6 møter med ca. 2 måneders intervall. Møtene alternerer mellom Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. Det utarbeides møtereferat som utsendes sammen med innkalling og sakliste for neste møte. Saklisten fastsettes av sekretæren og de helsefaglige rådgiverne med grunnlag i innmeldte tema og mottatte saker. Vanlig innhold i saklisten er

- Orienteringssaker
- Avviksmeldinger
- Revisjoner
- Klager og tilsynssaker av prinsipiell karakter
- Forslag til kvalitetsrelaterte prosedyrer eller organisatoriske endringer
- Rapporter og årsmeldinger fra Helsetilsynet, brukerombudet eller NPE inngår også i saklisten

## 2.0 Pasientsaker, totalt omfang i 2010

Den tabellariske oversikten viser at Helse Nord-Trøndelag i løpet av året har behandlet 524 interne avviksmeldinger og i alt 29 tilsynssaker, 14 nye klagesaker og 94 nye NPE-saker, totalt 667 pasientsaker som gjelder interne hendelser. Det vises til nedenstående tabell.

|                      | Interne avviksmeldinger |            | § 3-3 meldinger |            | Nye Tilsynssaker 2010 |           | Nye Klagesaker 2010 |           | Nye NPE-saker 2010 |           |
|----------------------|-------------------------|------------|-----------------|------------|-----------------------|-----------|---------------------|-----------|--------------------|-----------|
|                      | SN                      | SL         | SN              | SL         | SN                    | SL        | SN                  | SL        | SN                 | SL        |
| Kirurgisk klinikk    | 40                      | 32         | 22              | 37         | 5                     | 4         | 2                   | 5         | 41                 | 26        |
| Øyeavd HNT           |                         |            |                 |            |                       |           |                     |           |                    | 1         |
| Medisinsk klinikk    | 12                      | 73         | 8               | 40         | 5                     | 4         |                     | 2         | 8                  | 2         |
| Psykiatrisk klinikk  | 4                       | 18         | 4               | 37         | 2                     | 2         | 1                   | 2         | 2                  | 2         |
| Barn & Familie       |                         |            |                 |            | 2                     | 2         |                     |           | 4                  | 5         |
| • BUP                |                         | 7          |                 | 10         |                       |           |                     |           |                    |           |
| • Barneavd.          |                         | 6          | 1               | 2          |                       |           |                     |           |                    |           |
| • Gyn/Føde           | 35                      | 17         | 11              | 16         |                       |           |                     |           |                    |           |
| Medisinsk servicekl. | 5                       | 3          | 4               | 3          |                       |           | 1                   |           | 1                  | 1         |
| Rehab. klinikken     | 7                       | 35         | 2               | 6          |                       | 3         |                     | 1         | 2                  |           |
| Serviceklinikken     |                         | 7          |                 | 2          |                       |           |                     |           |                    |           |
| Arkivavdelingen      | 14                      |            |                 |            |                       |           |                     |           |                    |           |
| Prehospital klinikk  |                         | 3          |                 | 1          |                       |           |                     |           |                    |           |
| <b>Sum</b>           | <b>116</b>              | <b>201</b> | <b>53</b>       | <b>154</b> | <b>14</b>             | <b>15</b> | <b>4</b>            | <b>10</b> | <b>58</b>          | <b>37</b> |
| <b>Sum HNT HF</b>    | <b>318</b>              |            | <b>206</b>      |            | <b>29</b>             |           | <b>14</b>           |           | <b>94</b>          |           |

I tillegg kommer 101 avviksmeldinger knyttet til Basisavtale for samhandling mellom kommunene og sykehusene, herav 66 saker fra kommune til sykehus og 35 saker fra sykehus til kommune.

***I alt er det derfor registrert og behandlet 762 pasientsaker innenfor Kvalitetsutvalgets ansvarsområde i løpet av året 2010. Tilsvarende tall for 2009 var 687 pasientsaker.***

Mindre alvorlige hendelser behandles internt i de enkelte avdelinger/klinikker. I 2009 var dette tallet 586, - hovedsakelig knyttet til Psykiatrisk klinikk og Medisinsk serviceklinik. For året 2010 er det ikke innhentet opplysning om slike interne avvikshendelser, men det antas at nivået er tilnærmet det samme som foregående år.

## 2.1 Avviksmeldinger for egen virksomhet fra interne instanser

### Utvikling i meldekultur

| Avviksmeldinger                      | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Antall meldinger mottatt             | 425  | 378  | 325  | 327  | 328  | 403  | 524  |
| Antall meldinger sendt Helsetilsynet | 101  | 88   | 69   | 57   | 67   | 131  | 207  |
| Antall behandlet internt             | 292  | 282  | 256  | 270  | 261  | 272  | 317  |

#### Kommentarer:

31% økning i saker fra 2009. Andel saker meldt Helsetilsynet i 2009 var ca. 32%, i 2010 ca. 40%

### 2.1.1 Fordeling av internt beh. meldinger og meldinger sendt Helsetilsynet

| Avviksmeldinger     | SHN       | SHL       | Totalt    |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|
| Meldinger mottatt   | 171 (169) | 358 (355) | 529 (524) |
| Sendt Helsetilsynet | 53        | 154       | 207       |
| Behandlet internt   | 116       | 201       | 317       |

#### Kommentarer SHN:

- 2 saker er meldt 2 ganger.
- 4 meldinger sendt Helsetilsynet har ført til tilsynssak etter § 3-3 (2 meldinger gjelder samme pasient, ført ved Sykehuset Levanger).
- 42 saker sendt Helsetilsynet er tatt til orientering.
- Av 116 saker behandlet internt er 8 ikke ferdigbehandlet, men kodet. 3 saker gjelder St. Olavs Hospital, 5 saker er ikke ferdigbehandlet p.g.a. manglende tilbakemelding fra ansvarlig intern instans.

#### Kommentarer SHL:

- 3 saker er meldt 2 ganger.
- 1 melding sendt Helsetilsynet har utløst tilsynssak etter § 3-3.
- 41 saker sendt Helsetilsynet er tatt til orientering.
- Av 204 saker behandlet internt er 15 ikke ferdigbehandlet, men delvis kodet. 3 av disse gjelder St. Olavs Hospital, 12 saker er ikke sluttbehandlet p.g.a. manglende tilbakemelding fra ansvarlig intern instans

### 2.1.2 Uønskede hendelser fordelt på alder og kjønn

| Alder              | SHN        | SHL        | Totalt     |
|--------------------|------------|------------|------------|
| 0-19 år            | 7          | 31         | 38         |
| 20-49 år           | 56         | 87         | 143        |
| 50-69 år           | 35         | 85         | 120        |
| 70-79 år           | 26         | 55         | 81         |
| 80+ år             | 21         | 57         | 78         |
| Alder ikke oppgitt | 24         | 40         | 64         |
| <b>Sum</b>         | <b>169</b> | <b>355</b> | <b>524</b> |

| Kjønn              | SHN        | SHL        | Totalt     |
|--------------------|------------|------------|------------|
| Menn               | 51         | 142        | 193        |
| Kvinner            | 95         | 178        | 273        |
| Kjønn ikke oppgitt | 23         | 35         | 58         |
| <b>Sum</b>         | <b>169</b> | <b>355</b> | <b>524</b> |

#### Kommentarer:

I gruppen hvor alder ikke er oppgitt forekommer flere hendelser som omhandler et større antall, ikke nærmere definerte pasienter.

### 2.1.3 Uønskede hendelser fordelt på avdelinger Sykehuset Namsos

| Avdeling       | Ekstern   | Intern     | Ikke avsluttet | Totalt     |
|----------------|-----------|------------|----------------|------------|
| Med.avd        | 9         | 11         |                | 20         |
| Nevro          | 1         | 5          |                | 6          |
| Revma          | 1         |            | 1              | 2          |
| Kir.avd        | 5         | 3          |                | 8          |
| Ort.avd        | 1         | 8          |                | 9          |
| Rygg pol.kl.   |           | 1          |                | 1          |
| An/Int/Opr.    | 9         | 12         |                | 21         |
| ØNH            |           | 1          |                | 1          |
| Øye            | 1         | 1          |                | 2          |
| Kreft pol.kl.  | 2         | 1          |                | 3          |
| Pediatrici     | 1         | 1          |                | 2          |
| Føde/Gyn       | 11        | 34         |                | 45         |
| Røntgen        | 4         | 4          |                | 8          |
| Lab.           |           | 1          |                | 1          |
| Mott/AMK/Amb   | 3         | 14         |                | 17         |
| Psyk/DPS       | 4         | 4          |                | 8          |
| Arkiv          |           | 14         |                | 14         |
| St. Olav (Kir) | 1         |            |                | 1          |
| <b>Sum</b>     | <b>53</b> | <b>115</b> | <b>1</b>       | <b>169</b> |

#### Kommentarer:

Ved SHN er Gyn/Fødeavd. den enheten som genererer flest avviksmeldinger. Deretter følger Akuttmedisinsk avd., Med.avd. og Mottakelsesavd. I sum har disse avdelingene 103 (43%) av de 169 meldingene.

Kirurgisk og Ortopedisk avdeling har i alt 17 meldinger, som tilsvarer 10% av alle meldinger.

Psyk.avd. har 8 meldinger, som tilsvarer knapt 5% av det totale antallet.

### 2.1.4 Uønskede hendelser fordelt på avdelinger Sykehuset Levanger

| Avdeling        | Ekstern | Intern | Ikke avsluttet | Totalt |
|-----------------|---------|--------|----------------|--------|
| Med.avd.        | 40      | 70     | 3              | 113    |
| Revma.avd.      | 1       | 3      | 1              | 5      |
| Fys.med.avd     | 5       | 29     |                | 34     |
| Kir.avd.        | 17      | 9      | 3              | 29     |
| Ortop.avd       | 8       | 8      |                | 16     |
| An/Int/Opr.avd. | 11      | 11     | 1              | 23     |
| Kreftpolikl.    | 1       |        |                | 1      |
| BUP             | 10      | 7      |                | 17     |

|                    |            |            |           |            |
|--------------------|------------|------------|-----------|------------|
| Barn               | 2          | 6          |           | 8          |
| Føde/Gyn           | 16         | 17         |           | 33         |
| Rtg.               | 3          |            |           | 3          |
| Sentrallab.        |            | 3          |           | 3          |
| Mottak/AMK/Amb.    |            | 3          |           | 3          |
| Psykiatri/DPS      | 37         | 18         |           | 55         |
| Arkiv              |            | 3          | 1         | 4          |
| Hab. Barn          |            | 1          |           | 1          |
| Prehosp.           | 1          |            |           | 1          |
| Henvissningsmottak |            | 1          |           | 1          |
| Servicesenteret    | 2          |            | 2         | 4          |
| Kantine            |            | 1          |           | 1          |
| <b>Sum</b>         | <b>154</b> | <b>190</b> | <b>11</b> | <b>355</b> |

#### Kommentarer:

Ved SHL er Med.avd. den enheten som genererer flest avviksmeldinger. Deretter følger Psyk.avd., Fys.med.avd. og Gyn/Fødeavd. I sum har disse avdelingene 235 (64%) av de 355 meldingene.

Psykiatrisk avdelings 55 meldinger tilsvarer ca. 15% av alle meldinger ved SHL.

Kirurgisk og Ortopedisk avdeling har i alt 45 meldinger, som tilsvarer 12,5% av alle meldinger.

## **2.2 Uønskede hendelser fordelt på kategorier**

| Kategori                                     | SHN        |           | SHL        |            | HNT        |            |
|----------------------------------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
|                                              | Intern     | § 3-3     | Intern     | § 3-3      | Intern     | § 3-3      |
| 1.1 Rutine/prosedyre ved medisinerer         | 20         | 5         | 54         | 27         | 74         | 32         |
| 1.2 Rutine/prosedyre annen faglig virks.     | 15         | 8         | 19         | 12         | 34         | 18         |
| 2 Ikke tilfredsstillende org/fysiske forhold | 2          | 2         | 10         | 6          | 12         | 8          |
| 3 Ikke tilfredsstillende komp/faglig skjønn  | 1          | 8         | 3          | 2          | 4          | 10         |
| 4 Komplikasjon, Bivirkning, fall, egenskade  | 8          | 20        | 31         | 66         | 39         | 86         |
| 5 Feil ved MTU                               | 2          | 1         | 8          | 13         | 10         | 14         |
| 6 Informasjonssikkerhet (prosedyrer/IT)      | 43         | 6         | 45         | 29         | 88         | 35         |
| 20 Ikke definerte relevante avvik            | 24         | 3         | 32         | 1          | 55         | 4          |
| Ikke ferdig behandlet                        | 1          |           |            |            | 1          |            |
| <b>Sum</b>                                   | <b>116</b> | <b>53</b> | <b>202</b> | <b>156</b> | <b>317</b> | <b>207</b> |

Kommentarer: Som fra tidligere år viser det seg at antall meldte avvik faller innenfor 4 hovedkategorier:

- Avvik fra rutiner/prosedyrer ved medisinerer (106)
- Avvik fra rutiner/prosedyrer ved annen faglig virksomhet (52)
- Komplikasjoner, bivirkninger, fall, egenskade, suicid m.m. (125)
- Informasjonssikkerhet (123)

I sum omfattet disse avviskategoriene 406 (72%) av alle registrerte meldinger.

### 2.2.1 Utdyping av innholdet innenfor kategori 4

| Årsaker                                    | SHN      |           | SHL       |           | HNT       |           |
|--------------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                            | Intern   | § 3-3     | Intern    | § 3-3     | Intern    | § 3-3     |
| Infeksjonskomplikasjoner (4.1.1)           |          | 1         |           | 1         |           | 2         |
| Blødningskomplikasjoner (4.1.2)            |          | 4         |           | 2         |           | 6         |
| Andre behandlingskomplikasjoner (4.1.3)    | 3        | 7         | 2         | 12        | 5         | 19        |
| Medikamentbivirkninger (4.2)               |          | 1         |           |           |           | 1         |
| Fall hos pas. med kjent risiko (4.3.1)     |          |           | 12        | 1         | 12        | 1         |
| Fall hos pas. uten kjent risiko (4.3.2)    | 2        | 1         | 6         | 4         | 8         | 5         |
| Andre typer uhell – fare for skade (4.3.3) | 3        |           | 3         | 2         | 6         | 2         |
| Pas. som skader en annen (4.4.1)           |          |           | 1         | 1         | 1         | 1         |
| Pas. som skader seg selv (4.4.2)           |          | 1         | 7         | 24        | 7         | 25        |
| Suicidalforsøk (4.4.3)                     |          |           |           | 9         |           | 9         |
| Suicid (4.4.4)                             |          | 1         |           | 7         |           | 8         |
| Plutselig og uventet død (4.4.5)           |          | 4         |           | 3         |           | 7         |
| <b>Sum</b>                                 | <b>8</b> | <b>20</b> | <b>31</b> | <b>66</b> | <b>39</b> | <b>86</b> |

#### Kommentar:

Det er besluttet å utdype innholdet i kategori 4, slik det fremgår av tabellen. Av tallene fremgår at medikamentbivirkninger, infeksjons- og blødningskomplikasjoner har påfallende lave tall, mens ”andre behandlingskomplikasjoner” utgjør en stor gruppe.

Det er i forhold til 2009 registrert en markant økning i antall meldinger om selvskading (32), suicidalforsøk (9) og suicid (8).

#### Fallskader

|     | <70 år | 70-80 år | >80år | Sum | Kjent risiko | Uhell | § 3-3 |
|-----|--------|----------|-------|-----|--------------|-------|-------|
| SHN | 1      | 1        | 1     | 3   | 0            | 3     | 1     |
| SHL | 12     | 3        | 8     | 23  | 13           | 10    | 5     |
| HNT | 13     | 4        | 9     | 26  | 13           | 13    | 6     |

### 2.2.2 Utvikling 2007-2010 innenfor kategori 6

| År   | SHN | § 3-3 | SHL | § 3-3 | HNT | § 3-3 |
|------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| 2010 | 43  | 6     | 74  | 29    | 117 | 35    |
| 2009 | 32  | 5     | 78  | 6     | 110 | 11    |
| 2008 | 14  | 3     | 66  | 9     | 80  | 12    |
| 2007 | 29  | 2     | 82  | 7     | 11  | 9     |

#### Kommentar:

Tabellen viser at nivået av meldte uønskede hendelser knyttet til informasjonssikkerhet er økende i perioden 2007-2010, og et økende antall hendelser oppfattes som alvorlige

### 2.2.3 Utdyping av innholdet innenfor kategori 6

| Undergruppe                                             | SHN       | SHL       | Antall     |
|---------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------|
| 6.1 Mangelfull/manglende dokumentasjon/kommunikasjon    | 13        | 35        | 48         |
| 6.2 Manglende tilgang til elektronisk informasjon       | 8         | 5         | 13         |
| 6.3 Mangelfull sikring av fortrolig informasjon         | 10        | 14        | 24         |
| 6.4 Urettmessig/utilsiktet innsyn i pasientopplysninger | 6         | 3         | 9          |
| 6.5 Identitetsforveksling                               | 12        | 17        | 29         |
| <b>Sum</b>                                              | <b>49</b> | <b>74</b> | <b>123</b> |

#### Kommentar:

- Antall meldte avvikshendelser knyttet til informasjonssikkerhet er fortsatt økende fra tidligere år, likeså er antall hendelser meldt til Helsetilsynet sterkt økende
- Innenfor gruppe 6 er mangelfull dokumentasjon/kommunikasjon (6.1), mangelfull sikring av fortrolig/ sensitiv informasjon (6.3) og identitetsforveksling (6.5) de viktigste underkategoriene.

### **2.3 Hendelsesbaserte tilsynssaker 2010**

| <b>Nye Tilsynssaker 2010</b>                                                                                                                 |           |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                              | <b>SN</b> | <b>SL</b> | <b>Sykehuset Namsos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Kirurgisk klinikk                                                                                                                            | 5         | 4         | <u>Av de 14 saker fra 2010 er 9 saker avsluttet med følgende konklusjon:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brudd på pasientrettighetslovens § 2-1 i 1 sak. Rett til nødvendig helsehjelp.</li><li>• Brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og hpl. § 4 i 1 sak. Forsvarlighet.</li><li>• Forbedringspotensiale i 3 saker. Informasjon, journalføring og pasientansvarlig lege.</li><li>• Ikke holdepunkt for brudd på helselovgivningen i 4 tilfeller.</li></ul> |
| Medisinsk klinikk                                                                                                                            | 5         | 4         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Psykiatrisk klinikk                                                                                                                          | 2         | 2         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Barn & Familie <ul style="list-style-type: none"><li>• BUP</li><li>• Barneavd.</li><li>• Gyn/Føde</li></ul>                                  | 2         | 2         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Rehab. Klinikken                                                                                                                             |           | 3         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Sum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• § 3-3</li><li>• POBO</li><li>• Pas/Pårørende</li><li>• Politi</li><li>• Advokat</li></ul> | 14        | 15        | <b>Sykehuset Levanger</b><br><u>Av de 15 saker fra 2010 er 6 saker avsluttet med følgende konklusjon:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pliktbrudd etter Spes.helsetj.loven § 2-2, kravet til forsvarlighet</li><li>• Uprofesjonell atferd i 2 tilfelle, som er beklaget i dialog med pasient/pårørende</li><li>• Ingen holdepunkt for brudd på helselovgivningen i 3 tilfeller.</li></ul>                                                                            |
| <b>Avsluttede tilsynssaker fra 2008 og 2009</b>                                                                                              |           |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                              | <b>SN</b> | <b>SL</b> | <b>Sykehuset Namsos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Kirurgisk klinikk                                                                                                                            | 4         |           | <u>I de 15 saker som er avsluttet fra 2008 og 2009 er det konkludert med:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brudd på forsvarlighetskravet i § 2-2 i 2 sak.</li><li>• Brudd på § 3-2 journalføring i 1 sak.</li><li>• Forbedringspotensiale i 5 saker. Informasjon, medvirkning og samhandling.</li></ul>                                                                                                                                                              |
| Medisinsk klinikk                                                                                                                            | 3         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Psykiatrisk klinikk                                                                                                                          | 5         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Barn & Familie <ul style="list-style-type: none"><li>• BUP</li><li>• Barneavd.</li><li>• Gyn/Føde</li><li>•</li></ul>                        | 2         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Rehab. Klinikken                                                                                                                             | 1         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Sum</b>                                                                                                                                   | 15        | 5         | <b>Sykehuset Levanger</b><br><u>I de 5 saker som er avsluttet fra 2008 og 2009 er det konkludert med:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brudd på helselovgivningen i 2 tilfelle (taushetsplikt og forsvarlighetskravet/forskrift om journalføring)</li><li>• Ikke holdepunkt for brudd på helselovgivningen i 3 tilfelle</li></ul>                                                                                                                                    |

#### Kommentar:

- I løpet av året 2010 er det opprettet 29 nye tilsynssaker. Antallet ligger på samme nivå som i 2008 og 2009.
- Grunnlaget for melding er klage fra pasient/pårørende i 16 tilfelle, Pasient- og brukerombudet i 7 tilfelle, mens de resterende fordeler seg på avviksmeldinger (3), politi (2) og advokat (1).
- 15 av de 29 sakene er avsluttet i løpet av året. I 7 av disse tilfellene er det ikke påvist brudd på helselovgivningen. I de 8 øvrige tilfellene vises det til tabellen ovenfor.
- I alt 20 tilsynssaker som ble opprettet i 2008 og 2009 ble avsluttet i 2010. I 3 av disse tilfellene er det ikke påvist brudd på helselovgivningen. I de øvrige vises det til tabellen ovenfor.

## **2.4 Andre klagesaker 2010**

Sykehuset Namsos har mottatt 4 klagesaker.

- 2 sak har gått med Pasient og brukerombudet som fullmektig
  - 1 gjelder Psykiatrisk klinikk
  - 1 gjelder Kirurgisk klinikk
- 2 saker er kommet direkte fra pasient/pårørende
  - 1 gjelder Kirurgisk avdeling
  - 1 gjelder Medisinsk serviceklinikk

Sykehuset Levanger har mottatt 10 saker som omhandler klager/spørsmål.

- 5 saker er fremmet med Pasient- og brukerombudet som fullmektig
  - 1 henvendelse gjelder Psyk. klinikk
  - 2 henvendelser gjelder Kir. klinikk
  - 1 henvendelse gjelder Rehab.klinikken
  - 1 henvendelse gjelder Med. klinikk
- 4 saker er fremmet direkte fra pasient/pårørende
  - 3 henvendelser gjelder Kir. Klinik, 1 henvendelse gjelder Med. klinikk
- 1 sak er fremmet fra Helsetilsynet og gjelder Psyk. klinikk

#### Kommentar:

- Helse Nord-Trøndelag har mottatt i alt 14 klagesaker i 2010. Det er ukjent hvor mange klagesaker som i tillegg er mottatt ved de enkelte enheter.
- I sammenlikning med året 2009, da det i alt ble mottatt 61 saker, er antallet betydelig redusert i 2010. Det høye antallet i 2009 var i stor grad knyttet til syketransport.
- Blant de 14 registrerte klagesakene er 7 fremmet via Pasient- og brukerombudet, 6 fra pasient/ pårørende og 1 fra Helsetilsynet.

## **2.5 Norsk Pasientskadeerstatning, NPE-saker**

Antall nye saker i 2010 var 95. Dette er omtrent på samme nivå som i 2009, da det totale antallet var 89. Sykehuset Namsos har som for tidligere år et forholdsmessig betydelig høyere antall saker (59) enn Sykehuset Levanger (36).

Av de 95 sakene er 22 avsluttet i løpet av året 2010, og av disse er pasienten i 17 saker ikke gitt medhold.

De kirurgiske klinikkene har den største andelen av NPE-saker: ved Sykehuset Levanger var 26 av 36 NPE-saker knyttet til Kirurgisk klinikk, mens det tilsvarende ved Sykehuset Namsos var 41 av 59 NPE-saker.

#### Medhold/avslag i Midt-Norge 2005-2009

| Foretak                     | Medhold    |            | Avslag      |            | Totalt      |
|-----------------------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
|                             | Antall     | Prosent    | Antall      | Prosent    |             |
| Helse Nord-Trøndelag HF     | 135        | 35%        | 246         | 65%        | 381         |
| St. Olavs Hospital HF       | 291        | 38%        | 481         | 62%        | 772         |
| Helse Nordmøre & Romsdal HF | 94         | 33%        | 187         | 67%        | 281         |
| Helse Sunnmøre HF           | 91         | 35%        | 171         | 65%        | 262         |
| <b>Totalt</b>               | <b>611</b> | <b>36%</b> | <b>1085</b> | <b>64%</b> | <b>1696</b> |

I perioden 2005-2009 varierte altså medholdsandelen fra 33% til 38% ved helseforetakene i Midt-Norge.

#### Medhold/avslag i Midt-Norge for de fem største medisinske områder 2005-2009

|                                    | Medhold    |            | Avslag     |            | Totalt      |
|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
|                                    | Antall     | Prosent    | Antall     | Prosent    |             |
| Ortopedisk                         | 315        | 39%        | 491        | 61%        | 806         |
| Svulster og kreftsykdommer         | 76         | 41%        | 108        | 59%        | 184         |
| Gastrokirurgi/fordøyelsessykdommer | 47         | 35%        | 86         | 65%        | 133         |
| Fødselshjelp/kvinnesykdommer       | 35         | 33%        | 71         | 67%        | 106         |
| Hjertesykdommer                    | 24         | 47%        | 27         | 53%        | 51          |
| <b>Totalt</b>                      | <b>497</b> | <b>39%</b> | <b>783</b> | <b>61%</b> | <b>1280</b> |

Medholdsandelen for ortopedisakene er to prosentpoeng lavere i HMN enn på landsbasis.

## 2.6 Avvikshendelser med grunnlag i Basisavtalen

Basisavtalen mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket beskriver rutiner som skal ivareta pasientenes sikkerhet i samhandlingen. Avtalen gir dermed også grunnlag for å registrere og utveksle avviksmeldinger i tilknytning til enkeltpasienter. Summen av slike meldinger sier noe om hvor forbedringspotensialet ligger.

For året 2010 er det i alt registrert 101 meldinger. Dette ligger på samme nivå som i 2009, men er vesentlig lavere enn i 2008. Meldingene kan deles i to hovedgrupper:

- Fra kommunene til sykehusene
- Fra sykehusene til kommunene

Fordelingen er som i tidligere år: det er langt flere meldinger fra kommunene til sykehusene, enn omvendt.

Oppsummert synes tendensen å være som foregående år. Basisavtalen skal revideres i løpet av 2011, og det gjenstår å avklare hvordan meldeordningen blir videreført.

## **2.7 Interne revisjoner**

Interne revisjoner gjennomføres i forhold til en plan på foretaksnivå, der administrerende direktør er oppdragsgiver. I tillegg gjøres det et betydelig antall internrevisjoner i enheter som er sertifisert eller er i ferd med å bli sertifisert. Dette gjelder Psykiatrisk klinikk og Steril forsyning, begge sertifisert. Gyn/fødeavdelingene er kommet så langt i sertifiseringsprosessen at de gjennomfører interne revisjoner.

Uavhengig av sertifiseringsforløp gjennomfører Serviceklinikken også interne revisjoner.

Avdeling for laboratoriemedisin er akkreditert innen alle fagområder og gjennomfører revisjoner. Avdeling for bildediagnostikk er også i ferd med å søke akkreditering. Som et ledd i dette gjennomfører de interne revisjoner.

- Kantinen, Levanger, Kasserevisjon
- Serviceklinikken intern revisjon i 2010 knyttet mot 5 ulike områder
- Medisinsk mikrobiologi, Puss – leddvæske
- Kontor og prøvetakingslab –Levanger
- Kontor: avvikshåndtering og opplæring
- Prøvetakingslab: Prøvetaking og prosedyrer rundt det
- Medisinsk Biokjemi - Namsos, Volummaskinen Architect
- Kontor Namsos, generelle kontorrutiner
- Medisinsk Biokjemi – Levanger, Hematologi
- Blodbanken, Aferesetapping
- Bildediagnostikk Namsos,
- Sterilsentralen: Intern revisjon vedrørende Systemer for kvalitetsstyring krav (ISO 9001:2008)
- BFK: Intern revisjon vedrørende Mor-barn vennlig avd. Hvordan ivaretaes kravene til ”Ammeveiledning” med spesielt vekt på opplæring kompetanse ved FødeBarsel
- Psykiatrisk klinikk har gjennomført 6 systemrevisjoner

## **2.8 Eksterne revisjoner/tilsyn**

- Kir. klinikk, L, System for oppfølging av Arbeidsmiljøundersøkelse, HMN RHF
- Kir. klinikk, L, Kommunikasjon i helseforetak, Helsetilsynet
- Kir. klinikk, L og N, Medisinskteknisk avdeling og Elektrseksjonen, L og N, HMS, bruk og vedlikehold av Med.tekn. utstyr, samt elektro, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- BUP, Namsos og Ortopedi Namsos, Ivaretagelse av pasientrettigheter, HMN RHF
- Avd. for laboratoriemedisin, Akkrediteringsbedømming, Norsk Akkreditering
- Psyk klinikk, Sertifiseringsbedømming, Det Norske Veritas
- Tilsyn med små fødeavdelinger, Helsetilsynet
- Tilsyn med spesialisthelsetjenester til barn og unge med psykiske problem, Helsetilsynet
- Kjøkkenet L og DPS Stjørdal, Matsikkerhet,
- Avdeling for laboratoriemedisin, Systemtilsyn, Norsk Akkreditering
- Steril forsyning, Sertifiseringstilsyn, Det Norske Veritas
- Med. Klinikk, L, Kartlegging av personellsammensetningen knyttet til personellgruppene leger, sykepleiere, annet helsepersonell og medisinsk kontorpersoneell., HMN RHF
- Brann, Levanger, Branntilsynet

- Brann DPS Stjørdal, Branntilsynet
- Transport av medisinsk og klinisk avfall – postalt tilsyn, Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap

## **2.9 Ledelsens gjennomgang**

Ledelsen skal, minst årlig, gjennomgå systemet for kvalitetsstyring for å sørge for at det fortsatt er hensiktsmessig, tilstrekkelig og virker effektivt. I dette inngår også en ledelsens gjennomgang av styringssystemet for informasjonssikkerhet i helseforetaket. Det forutsettes at det gjennomføres et seminar for foretaksledelsen i oktober. Gjennomgangen omfatter ikke økonomisystemene.

Vurderingene bygger på myndighetskrav, bla.: Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven, Journalforskriften, Personopplysningsloven, Arbeidsmiljøloven med tilhørende internkontrollforskrift, samt Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Det følger bla. av gjeldene lover, forskrifter og interne krav at kvalitets-/internkontrollsystemet skal gjennomgå med faste mellomrom, for å se om det er hensiktsmessig og om de mål foretaket har satt, blir innfridd. Videre forsterkes dette kravet gjennom ISO-sertifisert enheter og akkreditert enhet.

Ledelsens gjennomgang tar først og fremst utgangspunkt i:

Gjennomførte interne og eksterne revisjoner

Gjennomførte ROS-vurderinger

Prosessytelse og produktoverensstemmelse

Referat fra Kvalitetsutvalget

Tilbakemeldinger eksternt og internt

Gjennomført avvikshåndtering

Referat fra Arbeidsmiljøutvalgsmøtene

I tillegg inngår overordnede styrende dokumenter så som Styringsdokument 2010, Kvalitetstrategi 2010 - 2016 og interne krav, resultater av eksterne tilsyn, samt interne revisjoner og revisjoner hos leverandører. Avviksmeldinger, kvalitetsutvalgets årsrapport og klager er også en del av grunnlaget.

### **Ledelsens gjennomgang skal vurdere blant annet følgende:**

Er målene nådd?

Er målene hensiktsmessige for å belyse kvaliteten på tjenestene?

Tiltak som skal gjennomføres, ansvar og tidsfrister for gjennomføring og evaluering

Tiltak for oppfølging fra ledelsens tidligere gjennomganger

Ledelsen skal også foreta vurdering av eventuelle endringer i offentlige sikkerhetskrav som gjelder for helseforetaket, og vurdering av eventuelle behov for endring i informasjonssystemets organisering.

På bakgrunn av dette ble det konkludert med følgende i forbindelse med ”Ledelsens gjennomgang”:

#### **A HMS**

- 1 HMS-arbeidet skal brukes aktivt for å øke arbeidsgleden og sikre HNTs leveringsevne fortløpende
- 2 Linjeledelsen skal ha aktiv og målrettet bruk av BHT i HMS-arbeidet og risiko- og sårbarhetsanalyser, fortløpende
- 3 Vurdere verneombudsområdene, 09.2010
- 4 Sikre at opplæring i bruk av medisinsk utstyr er dokumentert for alle yrkesgrupper, 06.2010
- 5 Utarbeide plan for gjennomgang av forhold som påvirker foretakets leveringsevne 09.2010
- 6 Redusere sykefravær som følge av skader/forhold på arbeidsplassen, fortløpende

#### **B Pasientrelatert kvalitet**

- 1 Kvalitetssikre internkontrollsystemet for legemiddelhåndtering, 12.2010
- 2 Forbedre registreringen og oppfølgingen av behandlingskomplikasjoner, 09.2010
- 3 Oppnevne kvalitetsveiledere på klinikkene, 06.2010
- 4 Bruke registreringer aktivt i kvalitetsforbedring, 09.2010
- 5 Systematisk journalanalyse, 09.2010
- 6 Bruke ”Triage” aktivt for prioritering av pasienter i mottakelsene, 12.2010

#### **C Informasjonssikkerhet**

- 1 Nødvendige rutiner må utarbeides og ressurser avsettes til å ta i bruk loggsystem for DocuLive, samt sikring av overholdelse av Helsepersonellovens 21a og Helseregisterlovens 13a, fra det tidspunkt systemet er tilgjengelig
- 2 Systemer/løsninger må ikke tas i bruk før risikovurderinger er gjennomført og, som en følge av dette, eventuelle nødvendige risikoreduserende tiltak er iverksatt, fra dags dato

#### **D Avviksbehandling**

- 1 Kriterier for melding av avvik må gjennomgås med de ansatte, fortløpende
- 2 Avvikshendelser siden forrige møte bør være fast tema på avdelingsmøter, 09.2010
- 3 Etablere rutiner for elektronisk avviksbehandling innen 31.12. 2010

## 3.0 Aktuelle utfordringer, kommentarer til kapittel 2

### 3.1 Meldekulturen på foretaksnivå

- Som det fremgår av tabellen i kapittel 2.1.1 har Helse Nord-Trøndelag en aktiv meldekultur, som uttrykkes ved et høyt og stigende antall avviksmeldinger med en stor bredde i de avvikskategorier som blir meldt.
- Antall meldte avvik i 2010 viser en økning på mer enn 30% i forhold til 2009. Av alle meldte avvik i 2010 ble ca. 40% sendt Helsetilsynet i henhold til Spesialhelsetjenestelovens § 3-3.
- Kvalitetsutvalget konstaterer som i 2009 at kvaliteten både i rapporteringen og oppfølgingen av saker er bedre innenfor de fleste enheter.
- Det gjenstår som en utfordring å utvikle et bedre system for erfaringsoverføring i forbindelse med saker av prinsipiell betydning. Det knyttes forventninger til at dette kan skje ved opprettelsen av kvalitetskoordinatorer som kan inngå i et kvalitetsnettverk.

**Meldesentralens årsrapport** for årene 2008 og 2009 opplyser at Helse Nord-Trøndelag hadde flest registrerte avviksmeldinger på landsbasis blant de 14 ”største” helseforetakene, med 46 meldinger pr. 10 000 døgnopphold.

Fra Helse Midt-Norge var det totale antall opphold til meldesentralen i 2009: 270. Helse Nord-Trøndelag var representert med 128 av disse.

I en kartleggingsrapport fra Helsetilsynene i Nord-Trøndelag er det påpekt, at mens ca. 14% av landets befolkning er bosatt i Midt-Norge, utgjør meldinger fra regionen en årlig andel varierende fra 10-20% av alle § 3-3-meldinger.

Kvalitetsutvalget har flere ganger reist spørsmål om det er behov for å utvikle tydeligere felles retningslinjer for avviksrapporing mellom helseforetakene, både fordi slike forskjeller i antall meldte avvik kan gi feil inntrykk ved en sammenligning av helseforetak, og fordi manglende registrering av uønskede hendelser innebærer tapte muligheter til læring og forbedring.

#### **Alders- og kjønnsfordeling for meldinger registrert i 2010**

Det vises til tabeller under kapittel 2.1.1.

Antall pasienter i aldersgruppene 70-79 år og 80+ var i 2010 159. Det manglet opplysning om alder i 58 av meldingene. For de 466 meldingene hvor alder var oppgitt, omfattet aldersgruppene 70-79 og 80+ i sum 34% av alle uønskede hendelser. Dette er litt lavere enn i 2009, da andelen i disse aldersgruppene var 38%.

For de 466 meldingene hvor kjønn er oppgitt, var andelen kvinner i 2010 273, som er 58% av alle meldinger. I 2009 var kvinneandelen 56%.

### 3.2 Fordeling av internt behandlede meldinger og meldinger til Helsetilsynet

Det vises til tabell under kapittel 2.1.2.

- Ved SHN ble 53 (31%) av i alt 169 meldinger sendt Helsetilsynet etter § 3-3
- Ved SHL ble 154 (knapt 42%) av i alt 355 meldinger sendt Helsetilsynet etter § 3-3
- På foretaksnivå ble 207 (knapt 40%) av i alt 524 meldinger sendt Helsetilsynet

**I Meldesentralens rapport** for årene 2008-2009 er det opplyst at av alle meldinger registrert i 2009 gjaldt

- 49% forhold som *kunne ha ført til betydelig personskade*
- 32% *betydelig personskade*
- 22% *unaturlige dødsfall*

Meldesentralen kommenterer at unaturlige dødsfall har en økende meldefrekvens, og tolkes som en riktig utvikling i meldekulturen. Samtidig er det imidlertid en nedgang i antall meldinger om alvorlige hendelser som *kunne ha ført til skade på pasient*. Meldesentralen reiser spørsmål om virksomhetens ledelse gjennom årene har fått en høyere terskel for hva som skal meldes til myndighetene.

I Helse Midt-Norge stod Helse Nord-Trøndelag i 2009 for 93 av de 133 meldingene som gjaldt *potensiell skade*. Helse Nord-Trøndelag har altså en lavere terskel enn de øvrige helseforetakene i regionen, for å melde denne type hendelser til tilsynsmyndigheten. Dette gjelder også for året 2010.

### **3.3 Uønskede hendelser fordelt på avdelinger/klinikker**

Det vises til tabeller under kapittel 2.1.4.

På samme måte som holdningene til uønskede hendelser varierer mellom helseregionene og helseforetakene, viser tallene for Helse Nord-Trøndelag også betydelige variasjoner mellom klinikker og avdelinger. Et viktig poeng med årsmeldingen er å synliggjøre dette og anspore klinikk- og avdelingslederne til å drøfte årsaken til slike forskjeller.

#### **En betydelig økning meldte avvikshendelser i psykisk helsevern**

I tillegg til et stigende antall saker er den mest påfallende endringen i 2010 sammenlignet med foregående år økningen innenfor Psykiatrisk klinikk: klinikken meldte i 2010 63 hendelser, mens tilsvarende tall for 2009 var 18. Av de 63 hendelsene ble 41 meldt til Helsetilsynet.

Den registrerte utviklingen innen voksenpsykiatrien er neppe uttrykk for en tilsvarende økning av antall uønskede hendelser, men mest sannsynlig en endret praktisering av melderutinen med grunnlag i et innskjerpet regelverk ved melding om tilfelle av selvskading, suicidalforsøk og suicid. Det er i denne forbindelse grunn til å merke seg at endringen i meldefrekvens først og fremst gjelder Psykiatrisk avdeling ved Sykehuset Levanger, etter som antall meldte hendelser ved Sykehuset Namsos er uendret fra 2009 til 2010.

Barne- og ungdomspsykiatrien viser også en tydelig økning i antall meldinger fra 2009 til 2010, som trolig kan forklares på samme måte som for voksenpsykiatrien. (Tallene for BUP faller innenfor Barne- og familieklinikken).

Det er også grunn til å bemerke, at tallene for psykiatrien representerer hendelser, og ikke pasienter. Flere tilfelle av selvskading kan gjelde samme pasient.

#### **Forskjell i meldefrekvens mellom de medisinske klinikkene**

Det vises til kap. 2.1.4, som viser at de medisinske klinikkene har betydelig forskjell i meldefrekvens:

- i 2010 var det registrert 20 meldinger ved SHN, mot 113 ved SHL. Tilsvarende tall for 2009 var hhv. 27 ved SHN og 89 ved SHL. I forhold til pasientvolum burde forskjellen mellom klinikkene vært mindre
- samtidig kan en merke seg at mens 9 meldinger (45%) av meldingene ved Med. klinikk SHN blir sendt Helsetilsynet, blir 40 meldinger (36%) av meldingene ved Med. klinikk SHL sendt Helsetilsynet

I den regionale rapporten fra **Helsetilsynene i Midt-Norge** over meldte uønskede hendelser i 2009 var de indremedisinske klinikkene største fagområde, med ca. 23% av totalt 270 meldinger. Til sammenligning omfattet §3-3-meldinger knyttet til Medisinsk klinikk SHN 18% av alle §3-3-meldinger, mens tilsvarende tall for Medisinsk klinikk SHL var 26,5% i 2010.

### Høy meldefrekvens fra Gyn/Fødeavdelingene

Det vises til Kap.2.1.4, som viser at begge avdelinger har hatt en tydelig økning i meldefrekvens siden 2008, og en ytterligere økning fra 2009 til 2010:

- o i 2010 var det registrert 45 meldinger ved SHN, mot 26 i 2009. Tilsvarende tall for SHL var 33 ved SHL både i 2009 og 2010. I alt representerer dette fagområdet 78 hendelser
- o i 2010 ble 27 (33%) av meldingene innenfor dette fagområdet sendt Helsetilsynet

I den regionale rapporten fra **Helsetilsynene i Midt-Norge for 2009** var det 38 meldinger fra Gyn/Fødeavdelingene, tilsvarende 14% av alle 270 meldinger etter § 3-3.

Avdelingene i Helse Nord-Trøndelag har derfor en svært aktiv meldekultur i regionen, som uttrykk for at klinikk- og avdelingsledelsen har hatt en god læringsprosess.

### Lav meldefrekvens fra de Kirurgiske og Ortopediske avdelingene

Det vises til Kap. 2.1.4, som viser at disse avdelingene ved SHN og SHL har forholdsmessig lav meldefrekvens av uønskede hendelser:

- o Kirurgisk og Ortopedisk avdeling SHN har i 2010 i alt 17 meldinger, som tilsvarer 10% av alle meldte avvik ved sykehuset. I 2009 var samlet antall meldinger 18, som var 15% av alle meldinger (116) ved sykehuset
- o Kirurgisk og Ortopedisk avdeling SHL har i 2010 i alt 45 meldinger, som tilsvarer 12,5% av alle meldte avvik ved sykehuset. I 2009 var samlet antall meldinger 40, som var knapt 14% av alle meldinger (287) ved sykehuset
- o Samlet antall meldinger som i 2010 ble sendt fra de kirurgiske og ortopediske avdelingene til Helsetilsynet var 31, som er knapt 15% av alle de 207 meldingene etter § 3-3

Dersom en ser tilsynssaker, klagesaker og NPE-saker i sammenheng, viser det seg at disse avdelingene har en relativt høy andel i forhold til det totale bildet for Helse Nord-Trøndelag:

|              | SHN       | SHL       | Totalt    |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| Tilsynssaker | 5         | 4         | 9         |
| Klagesaker   | 2         | 5         | 7         |
| NPE-saker    | 38        | 25        | 63        |
| <b>Sum</b>   | <b>45</b> | <b>34</b> | <b>79</b> |

Det må tas hensyn til at de akuttmedisinske avdelingene inngår i de kirurgiske klinikkene, og dermed bidrar med i alt 44 meldinger. Allikevel er det påfallende at antall avviksmeldinger samlet for de kirurgiske klinikkene ligger lavt i forhold både pasientvolum og summen av tilsynssaker, klagesaker og erstatningssaker for året 2010. Ser vi sykehusene hver for seg, gjelder dette i særlig grad Kirurgisk og Ortopedisk avdeling ved SHN.

### Aktiv meldekultur i de akuttmedisinske avdelingene (Anestesi, Intensiv, Operasjon)

Det vises til Kap. 2.1.4, som viser at disse avdelingene i 2010 samlet har en økende meldefrekvens i sammenligning med 2009:

- o Ved SHN er det i 2010 registrert 21 meldinger, herav 9 som er sendt Helsetilsynet. I 2009 var det registrert 11, hvorav 7 ble sendt Helsetilsynet

- Ved SHL er det i 2010 registrert 23 meldinger, og 11 av disse er sendt Helsetilsynet. I 2009 var det totale antallet også 23, men bare 6 av disse var sendt Helsetilsynet
- Samlet antall meldinger i 2010 i HNT for de akuttmedisinske avdelingene er altså 44, og av disse er 20 sendt tilsynsmyndigheten etter § 3-3

Av tallmaterialet fremgår at de akuttmedisinske avdelingene har den største andelen avviksmeldinger innenfor de Kirurgiske klinikkene i 2010.

### Oppsummering

Den samlede oversikt over meldte avvikshendelser knyttet til egen virksomhet i 2010 gir et klart inntrykk av at arbeidet med å utvikle kunnskap og interesse for behandling av avvikshendelser i Helse Nord-Trøndelag gir positive resultater. Det er viktig at denne vurderingen ikke fører til at man erklærer seg fornøyd med nå-situasjonen, men setter fokus på å drøfte årsaker til de forskjellene som også kommer til uttrykk.

### 3.4 Uønskede hendelser fordelt på kategorier

Kvalitetsutvalget innførte allerede i 2003 en kategorisering av avvikshendelser som bygget på hovedtrekkene i det tidligere benyttede avviksmeldeskjemaet, og erfaringen gjennom de etterfølgende år har vist at dette har vært nyttig. Imidlertid ser en at det er behov for å innføre en ytterligere "sortering" av hendelser innenfor hovedkategoriene. Det er derfor utarbeidet et forbedret oppsett av avvikskategorier som blir tatt i bruk fra nyttår 2011. Men denne inndelingen er også tatt i bruk i forhold til to av de "store" avvikskategoriene, slik det fremgår av tabeller som er presentert i kapitlene 2.2.1 og 2.2.3.

- Samlet oversikt over alle avvikskategorier viser at 396 (76%) av 524 hendelser faller innenfor 4 hovedkategorier:

|                                                        | 2010       | 2009       |
|--------------------------------------------------------|------------|------------|
| 1.1 Rutine/prosedyre ved medisinerings                 | 106        | 85         |
| 1.2 Rutine/prosedyre ved annen faglig virksomhet       | 52         | 45         |
| 4 Komplikasjon, bivirkning, fall, villet egenskade m.m | 125        | 88         |
| 6 Informasjonssikkerhet (prosedyrer, IT m.m.)          | 113        | 109        |
| <b>Sum</b>                                             | <b>396</b> | <b>327</b> |

- Av i alt 207 meldinger sendt Helsetilsynet omfattes 171 (81%) av disse fire hovedkategoriene, mens tilsvarende tall for 2009 var 109 (83%) av 130 hendelser

Av tallgrunnlaget går det frem at økningen i antall meldinger stort sett faller innenfor de fire hovedkategoriene som fra tidligere har vært dominerende, og at det derfor er disse fire områdene man bør rette innsatsen mot.

#### Utdyping av innholdet innenfor kategori 4

Denne kategorien omfatter et bredt spekter av hendelser som krever ulik tilnærming. Denne kategorien viser en markert økning fra 2009 til 2010, og omfatter 86 meldinger til Helsetilsynet, som tilsvarer 41% av alle slike meldinger (207).

Det er derfor gjennomført en sortering av disse meldingene etter den forbedrete grupperingen av avvikskategorier som tas i bruk fra nyttår 2011, se kap. 2.2.1.

- Ved slik gruppering ser vi at "andre behandlingskomplikasjoner", fallskader, selvskading, suicidalforsøk, samt suicid og plutselig uventet død utgjør viktige underkategorier.

- Det er samtidig grunn til å etterspørre hvorfor infeksjons- og blødningskomplikasjoner nesten er fraværende i materialet
- For fallskader er det interessant å registrere at det i alt er meldt 26 hendelser, hvor andel pasienter *med* kjent fallrisiko bare omfatter 50% av tilfellene, og hvor antall hendelser som er meldepliktige etter § 3-3 er vesentlig høyere hos pasienter *uten* kjent fallrisiko. Dette tyder på at oppmerksomheten mot forebyggende tiltak hos pasienter med fallrisiko gir resultater.
- Den mest markerte endringen i forhold til tidligere år er at meldinger om selvskading og suicidalforsøk er kommet inn i et betydelig antall. Som tidligere anført må dette sees i sammenheng med en innskjerping av regelverket for melding og denne type hendelser

### **Utvikling 2007 – 2010 innenfor kategori 6**

Det vises til kapittel 2.2.2, hvor det fremgår at Helse Nord-Trøndelag siden 2007 har hatt en markert økning i antall meldinger som gjelder hendelser knyttet til informasjonssikkerhet og pasientsikkerhet. Det er ingen tvil om at økningen skyldes en kombinasjon av flere faktorer:

- Økende bevisstgjøring om pasientrisiko ved kommunikasjonssvikt
- Brukerfeil som følge av mangelfull opplæring og vedlikehold av kunnskaper
- Innføring av elektronisk verktøy hvor mangelfulle prosedyrer avdekkes i ettertid
- Innføring av elektronisk verktøy som har datatekniske svakheter
- Driftsavbrudd og tilgangsproblemer i forhold til elektronisk informasjon

I mange tilfelle oppfattes ikke kommunikasjonssvikt å innebære pasientrisiko, men oversikten for perioden 2007 – 2010 viser at det er en klar økning i potensielt alvorlige tilfelle.

### **Utdyping av innholdet innenfor kategori 6**

Det vises til tidligere anførsel om at noen av de hovedkategoriene vi hittil har benyttet, bør oppdeles i underkategorier. Dette er også tilfelle for kategori 5, se kapittel 2.2.3.

- Den største gruppen hendelser innenfor kategori 6 er mangelfull/manglende dokumentasjon og kommunikasjon
- Den nest største gruppen innenfor kategori 6 er identitetsforveksling, som i stor grad oppstår som følge av en kombinasjon av datatekniske svakheter og brukerfeil. Dette har vært påpekt hvert år siden 2005, uten at det hittil har lyktes å iverksette effektive forebyggende tiltak. 29 hendelser i 2010 kan synes å være et beskjedent antall, men det bør da påminnes at hvert tilfelle av identitetsforveksling vil gjelde 2 pasienter
- Mangelfull sikring av fortrolig informasjon og manglende tilgang til elektronisk informasjon er de neste gruppene innenfor denne kategorien

## **3.5 Hendelsesbaserte tilsynssaker 2010**

Det vises til kapittel 2.3, hvor det fremgår at samlet antall tilsynssaker opprettet i 2010 er 29. Dette er uendret fra 2009. I tillegg er det avsluttet i alt 20 tilsynssaker fra årene 2008 og 2009, slik at det i alt har vært behandlet 49 tilsynssaker i løpet av året. 15 av de nyopprettede tilsynssakene ble avsluttet i 2010.

Av de 29 tilsynssakene som ble opprettet i 2010 gjaldt

- 9 saker de kirurgiske klinikkene
- 9 saker de medisinske klinikkene
- 4 saker Psykiatrisk klinikk
- 4 saker Barne- og familieklinikken
- 3 saker Rehabiliteringsklinikken

Av disse 29 nyopprettede sakene var grunnlaget

- Henvendelse fra Pasient- og brukerombud 7 saker
- Henvendelse fra Politiet 2 saker
- Henvendelse fra advokat 1 sak
- Henvendelse fra pasient/pårørende 16 saker
- Avviksmelding fra Kvalitetsutvalget etter § 3-3 3 saker

**I Meldesentralens årsrapport** over avviksmeldinger 2008-2009 er det opplyst at det på landsbasis ble funnet grunnlag for tilsynsmessig oppfølging av avviksmeldinger etter § 3-3

- i 147 av 3500 saker
- rettet mot virksomheten i 105 saker
- rettet mot helsepersonell i 42 saker
- Bare 5 saker ble avsluttet med advarsel

Nesten ingen tilsynssaker ble opprettet med grunnlag i avviksmelding etter § 3-3 alene, i de fleste tilfellene forelå klager fra pasient/pårørende eller henvendelser fra politi eller andre instanser.

*Helsepersonellens frykt for at avviksmeldinger skal resultere i "straffereaksjoner" fra tilsynsmyndigheten er derfor praktisk talt ubegrunnet.*

I de 15 nyopprettede tilsynssakene mot Helse Nord-Trøndelag som ble avsluttet i 2010 finner vi ulike konklusjoner, som viser følgende fordeling:

- Ikke brudd på helselovgivningen 6 saker
- Brudd på Helsepersonellovens § 4 3 saker (forsvarlighet)
- Brudd på Pasientrettighetslovens § 2-1 1 sak (rett til nødv. helsehjelp)
- Brudd på Spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 2 saker (forsvarlighet)
- Forbedringspotensiale 3 saker (journalføring/pasientansvarlig lege/informasjon)

### 3.6 Andre klagesaker

Det vises til Kapittel 2.4.

Helse Nord-Trøndelag har i året 2010 mottatt i alt 14 klagesaker. Dette er vesentlig lavere enn i 2008 og 2009, da antallet klager var hhv. 34 og 61.

- 7 av sakene har vært fremmet av Pasient- og brukerombudet
- 6 av sakene har vært fremmet direkte av pasient/pårørende
- 1 sak er fremmet av Helsetilsynet

Ved en gjennomgang av disse klagesakene finner vi at klagegrunnlaget kan gjelde:

- Retten til informasjon og medvirkning
- Retten til nødvendig helsehjelp
- Ventetider
- Svikt ved diagnostikk og behandling
- Svikt ved oppfølging
- Helsepersonellens oppførsel

Ved en gjennomgang av de svar som er avgitt, finner vi grunnlag for forbedring i forhold til

- at påklagede instanser i flere tilfelle viser liten vilje til å beklage, i stedet for å forklare
- at påklagede instanser i flere tilfelle sender svar direkte, i stedet for via direktøren
- at det i enkelte tilfelle tar unødig lang tid å avgi svar

Kvalitetsutvalget har ingen oversikt over klager som går direkte til de enkelte avdelinger.

### 3.7 NPE-saker

Det vises til kap.2.5.

**På landsbasis** er saksmengden økende. Fra 2008 til 2007 økte antall saker med 17%. Halvparten av denne økningen representerer saker knyttet til privat sektor, som fra 2009 ble inkludert i pasientskadeordningen. Dersom en holder privat sektor utenfor, er derfor antall mottatte saker i 2009 på nivå med 2007.

#### Nasjonal og regional statistikk for NPE-saker

Det foreligger ingen sammenlignbar på regionalt eller nasjonalt nivå for 2010. NPE har imidlertid gitt ut statistikk for regionale helseforetak for perioden 2005-2009. Av denne statistikken fremgår at grunnlaget for de NPE-sakene som er gitt medhold i perioden fordeler seg slik:

| 2005-2009              | Helse Nord | Helse Midt | Helse Vest | Helse Sør-Øst | Nasjonalt |
|------------------------|------------|------------|------------|---------------|-----------|
| Svikt ved behandling   | 58%        | 49%        | 54%        | 55%           | 55%       |
| Svikt ved diagnostikk  | 23%        | 26%        | 22%        | 20%           | 22%       |
| Smitte eller infeksjon | 14%        | 18%        | 17%        | 16%           | 16%       |
| Rimelighetsregelen (1) | 4%         | 4%         | 5%         | 6%            |           |
| Svikt ved pleie        | 1%         | 1%         | 1%         | 1%            | 1%        |
| Informasjonssvikt      | 0%         | 1%         | 1%         | 1%            |           |
| Teknisk svikt          | 0%         | 1%         | 1%         | 1%            |           |

1: "Rimelighetsregelen": dersom skaden som oppstod er så stor og/eller uventet at den ikke kan ansees som et utslag av hva pasienten må akseptere, kan det gies medhold etter rimelighetsregelen

Denne oversikten viser at Helse Midt-Norge i medholdssaker har en lavere andel hendelser knyttet til svikt ved behandling, men en litt høyere andel hendelser knyttet til svikt ved diagnostikk i forhold til de øvrige regionene.

Det er viktig å minne om at befolkningens kunnskap om NPE vil ha stor betydning for hvor mange saker som meldes inn. **Meldesentralen** påpeker i sin årsrapport for årene 2008-2009 at det i forbindelse med meldinger som omhandler betydelig personskaade i 2009 var opplyst om NPE-ordningen i bare 43% av hendelsene.

**I 2010 ligger antall NPE-saker i Helse Nord-Trøndelag** omtrent på samme nivå som i 2009, med i alt 95 saker. 63 av de 95 sakene gjelder de kirurgiske klinikkene i helseforetaket. Dette avspeiler også den nasjonale trenden:

- o ortopedi 35%
- o svulster og kreftsykdommer 14%
- o fødselshjelp og kvinnesykdommer 8%
- o fordøysessykdommer 7%
- o hjertesykdommer 5%
- o andre sykdommer 31%

**Det er en vanlig erfaring** at erstatningssaker ofte oppstår i kjølvannet av klagesaker eller avvikshendelser. Av samme grunn er det både i kap. 2.1.4 og kap. 3.3 påpekt at de kirurgiske og ortopediske avdelingene har et forholdsmessig lavt antall avviksmeldinger – totalt 62 – i forhold til NPE-saker

**Antall saker** gir i seg selv ikke grunnlag for å vurdere kvaliteten i den behandling som blir gitt. *Avhengig av hvor høy terskelen er for å søke erstatning vil andelen saker som blir gitt medhold variere.*

Nasjonalt har andel medholdssaker falt fra 36% i 2008 til 32% i 2009.

I Helse Midt-Norge var medholdsandelen i 2009 gjennomsnittlig 38%. Men det er også forskjell mellom fagområdene. Eksempelvis hadde ortopedi i Midt-Norge i 2009 en medholdsandel på 39%, mens nivået på de andre foran nevnte fagområdene i 2009 varierte fra 27% til 31%. Men perspektivet forandrer seg dersom en ser flere år i sammenheng: Statistikk for perioden 2005-2009 fra NPE for Helse Midt-Norge viser en gjennomsnittlig medholdsandel på 36%. I denne statistikken kommer *svulster og kreftsykdommer* ut med en medholdsandel på 41%, og *hjertesykdommer* på 47%.

I Helse Nord-Trøndelag er bare 22 av 95 nye saker avsluttet i løpet av året 2010. Blant disse sakene er det gitt medhold i bare 5 saker. Det er vanskelig å vurdere utviklingen i, og utfallet av erstatningssaker på årsbasis, etter som behandlingen av mange saker strekker seg over flere år.

**Utbetalinger i avsluttede saker** er heller ikke noe egnet mål for å vurdere kvaliteten i tjenestene, men er allikevel et konkret uttrykk for at kvalitetsbrist innebærer store kostnader.

I 2009 ble det satt ny årsrekord i utbetalinger med nærmere 740 millioner kroner på landsbasis. Dette var en økning på 12% fra 2008, som også var et rekord-år. I beløpet inngår ulike typer erstatning:

- |                           |     |
|---------------------------|-----|
| • Utgifter                | 40% |
| • Påført og framtidig tap | 34% |
| • Menerstatning           | 12% |
| • Annet                   | 14% |

I Helse Nord-Trøndelag ligger samlede utbetalinger i 2010 på litt over 20 millioner kroner, som er det høyeste beløpet i helseforetakets historie. I dette beløpet inngår saker som dels gjelder tidligere år og året 2010. Det er likevel grunn til å minne om at bare 25% av saker som ble opprettet i 2010 er avsluttet.

### 3.8 Avvikshendelser med grunnlag i Basisavtalen

Begrepet "samhandling" er satt i fokus de siste 2 årene. Sykehusene og kommunene i Nord-Trøndelag utviklet allerede i 1997 en samarbeidsavtale, hvor siktemålet nettopp var å forbedre samhandlingen i alle ledd. Avtalen er senere revidert 2 ganger, nettopp med det samme siktemålet: *å lære av erfaring og forbedre samhandlingen med grunnlag i erfaringer*. Derfor ble Basisavtalen kombinert med et enkelt system for tilbakemeldinger i de tilfelle uønskede hendelser oppstår i overføring av pasienter mellom tjenesteyterne.

Det kan synes noe skuffende at det på årsbasis ikke meldes mer enn ca. 100 avvikshendelser. Sannsynligheten taler for at det reelle antallet avvikshendelser er langt høyere, dersom en tar i betraktning at Helse Nord-Trøndelag på årsbasis har mer enn 120 000 konsultasjoner og ca. 20 000 innleggelser.

Allikevel viser erfaringen i de hendelsene som blir meldt fra år til år at det er et fast mønster i avviksrapporteringen mellom kommuner og sykehus:

- Meldinger fra kommunene til sykehusene gjelder oftest
  - Uklar/feilaktig/mangelfull informasjon

- Manglende skriftlig informasjon ved overføring av pasient
  - Ikke tilfredsstillende samarbeid/dialog under sykehusoppholdet
- Meldinger fra sykehusene til kommunene gjelder oftest
  - Ikke tilfredsstillende opplysninger ved innleggelse
  - Ikke etablert tilbud innen avtalt frist

*Spørsmålet er derfor ikke først og fremst hvordan vi skal kunne fange opp flere uønskede hendelser, men i større grad hvordan vi kan få iverksatt effektive tiltak for å forbedre oss på de områdene som blir meldt.*

Det er naturlig å knytte forventninger til den økte innsatsen på samhandlingsfeltet, som bl.a. er synliggjort ved at Helse Nord-Trøndelag har opprettet en egen enhet for samhandling. Denne enheten har også ansvaret for i samarbeid med kommunene å revidere Basisavtalen i løpet av 2011.

## **4.0 Anbefalinger**

### **4.1 Intern samhandling som grunnlag for kvalitet og pasientsikkerhet**

Kvalitetsutvikling og samhandling henger nøye sammen. Uten at vi i helsetjenesten klarer å opparbeide felles forståelse og holdninger som grunnlag for dialog, læring og erfaringsutveksling, vil vi ikke lykkes i våre bestrebelser på å øke pasientsikkerheten.

Helse Nord-Trøndelag har hatt, og er fortsatt inne i en positiv utvikling når det gjelder disse målsettingene. Vi vil aldri komme til et nivå hvor vi kan si oss fornøyd, og svært mye avhenger av at vi klarer å videreføre et systematisk ”vedlikeholdsarbeid” innenfor kvalitetsområdet. Den oppgaven verken kan, eller skal Kvalitetsutvalget alene ivareta. Det er behov for å skape sterkere samhandling mellom stabstjenesten og linjeorganisasjonen.

#### ***Anbefaling:***

Det viktig at foretaksledelsen nå sørger for å gjennomføre de tiltakene som allerede ligger i Kvalitetsstrategien, - først og fremst gjennom opplæring av Kvalitetskoordinatorer som skal arbeide i de enkelte klinikker og avdelinger. Det er også en viktig forutsetning at kvalitetskoordinatorene får nødvendig opplæring og inngår i et nettverkssamarbeid med Fagavdelingens medarbeidere.

Det er også viktig at Enhet for Samhandling i Helse Nord-Trøndelag blir gitt nødvendig kapasitet til å gjennomføre sine arbeidsoppgaver etter den strategi som er lagt, - herunder å forsterke arbeidet med å forbedre kvaliteten i kommunikasjonen og informasjonsutvekslingen ved overføring av pasienter mellom kommuner og sykehus. Svært mange av de tilfellene som skaper et negativt bilde av helsetjenesten oppstår i overgangssonene mellom de som skal yte tjenestene.

### **4.2 Kvalitetsutvalgets rolle**

Kvalitetsutvalgets organisering og mandat er for tiden under vurdering. Det er i løpet av året 2010 uttrykt ulike oppfatninger både om hvilke oppgaver utvalget skal ha, og hvordan Kvalitetsutvalget ivaretar disse oppgavene. Det er i denne sammenheng viktig å minne om at utvalget består av mer enn 2-3 stabsansatte som danner et sekretariat. Allerede fra opprettelsen av et felles Kvalitetsutvalg for Helse Nord-Trøndelag i 2003 har utvalget hatt en sammensetning som er innrettet ut fra målsettingen om å sikre nødvendig forankring i linjeorganisasjonen, ved at utvalgets medlemmer i hovedsak består av klinikkledelsen i helseforetaket.

#### ***Anbefaling:***

Kvalitetsutvalgets sekretariat erkjenner at oppgavene knyttet til behandling av uønskede hendelser, klager, tilsynssaker, forespørsler, undervisning, systemrevisjoner, vedlikehold av EQS, årsmelding, etablering og drift av et kvalitetsnettverk o.s.v. er både utfordrende og omfattende. Det er derfor nødvendig at foretaksledelsen vurderer om de faglige og personellmessige ressurser som står til rådighet er tilstrekkelige.

### **4.3 Erfaringstilbakeføring og erfaringsutveksling**

Et av hovedelementene innenfor kvalitetsområdet er å arbeide for en styrking av pasientsikkerheten. Det kan skje på flere måter, for eksempel gjennom internkontroll, opplæring og kompetanseutvikling, sterkere standardisering av pasientforløp, ivaretagelse av pasientrettigheter i forhold til informasjon og medvirkning, prioriteringsoppgaver etc.

I tillegg til disse arbeidsområdene er det en naturlig oppgave å sørge for at uønskede hendelser brukes til ***læring og forbedring***. Dersom dette ikke skjer, vil registrering og rapportering av slike hendelser ha liten hensikt, ut over det å sikre rettighetene for den enkelte pasient. Vi snakker om ***erfaringsstilbakeføring***.

For meldeinstansen og medarbeiderne i den enkelte avdeling vil det virke demotiverende, dersom hendelser som rapporteres ikke resulterer i en vurdering av tiltak som kan virke forebyggende, og en tilbakemelding fra ledelsen og kvalitetsutvalget. Nettopp derfor har Kvalitetsutvalget lagt vekt på at alle meldinger som blir mottatt, skal resultere i en tilbakemelding både til avdelingsleder og klinikkleder. Da forutsettes det også at avdelingsledelsen følger opp sitt ansvar internt i avdelingen. Enkelte enheter rapporterer at slike tilbakemeldinger systematisk blir tatt opp til intern gjennomgang og eventuell diskusjon.

I tillegg til læringen som kan tilbakeføres til hver enkelt avdeling er det en målsetting at hendelser som har overføringsverdi til andre enheter, også blir utnyttet til ***erfaringsutveksling***. Dette er i dagens system ikke godt nok ivarettatt. Innenfor sykehusorganisasjonen har vi i stor grad mulighet for å styrke samhandlingen mellom avdelingene på dette området. For at dette skal bli mulig, kreves det at helseforetaket utvikler et kvalitetsnettverk hvor dedikerte medarbeidere fra linjeorganisasjonen regelmessig er i dialog med Fagavdelingens medarbeidere

#### ***Anbefaling:***

Det vises til anbefalingen under punkt 4.1.

### **4.4 Hva er uønskede hendelser/avvik?**

En av de store utfordringene innenfor kvalitetsområdet er å utvikle forståelsen av hvilke hendelser vi kan lære av. Helse Nord-Trøndelag har gjennomgått en svært positiv utvikling på dette området, slik det fremgår av de foranstående kapitler. Når det gjelder fallskader, kan det synes som om en ugunstig utvikling er i ferd med å snu. Dette skyldes kanskje at vi de siste 3 årene har hatt fokus på problemet? Allikevel er det flere andre forhold som også krever oppmerksomhet. Dette gjelder områder som kan belyses ved å stille følgende spørsmål:

- hvorfor klarer vi ikke å redusere forekomsten av feil i forbindelse med bruk av medikamenter?
- hvorfor meldes *ingen* reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innenfor 30 døgn som avvik?
- hvorfor blir ikke infeksjonskomplikasjoner som fører til langvarige plager, utvidet behandlingsbehov, funksjonstap og varig mén registrert som alvorlige og uønskede hendelser?
- hvorfor blir det i løpet av et år nesten ikke meldt om alvorlige transfusjonskrevende blødningskomplikasjoner?
- hvorfor blir ikke fristbrudd meldt som avvikshendelser?
- hvorfor registrerer vi hvert år en økende forekomst av hendelser som skyldes svikt i informasjonssikkerhet?

Denne listen med spørsmål kan gjøres lengre. Vi kan for eksempel stille spørsmålet: *hvor langt er det igjen til vi kan oppnå pålitelig kunnskap om den virkelige forekomsten av uønskede hendelser? Slik kunnskap er en forutsetning for at vi i neste omgang skal kunne dokumentere at vi makter å redusere den faktiske forekomsten av slike hendelser.*

Vi vet at foranstående problemstillinger har gyldighet for de fleste sykehus i Norge. Kvalitetsutvalget har gjennom tidligere årsmeldinger påpekt de samme utfordringene, men helseforetaket har hittil ikke maktet å gjennomføre tiltak som har gitt synlige resultater på disse områdene. For

året 2011 registrering av reinnleggelser som ø.hj. iverksatt. Vi vet også at det i 2011 iverksettes en nasjonal kampanje som nettopp setter flere av disse spørsmålene på dagsorden.

#### **Anbefaling:**

Noe av svaret ligger i de tiltakene som er anbefalt fra Kvalitetsutvalget både ved ”ledelsens gjennomgang” i 2009 og i årsmeldingen for 2009, ved innføring av journalanalyse etter ”Global Trigger Tool”-metoden. Tiltaket er også lagt inn i vår kvalitetsstrategi, men det har tatt tid å gjennomføre. For 2011 er tiltaket nå også beskrevet som ett av tiltakene i en nasjonal sikkerhetskampanje, og vi vet at flere norske sykehus allerede har tatt metoden i bruk. Det er viktig at Helse Nord-Trøndelag kommer i gang, men det krever tilrettelegging og kartlegging av nåsituasjonen ved hjelp av engasjerte medarbeidere.

### **4.5 Aktivitetsstyringen i akuttmottakene**

Mottakelsesavdelingene har en nøkkelfunksjon i sykehusorganisasjonene. Vi har erfart at det nytter å sette fokus på dette området i oppfølgingen av den landsomfattende kartleggingen som ble gjennomført i 2007. Et konkret resultat er blitt at akuttmottakene gjennom felles prosedyrer har gjennomført faste samarbeidsmøter med de store somatiske avdelingene ved begge sykehus.

I kjølvannet av denne prosessen er det i året 2010 innført felles prosedyrer for vurdering og registrering av hastegrad/alvorlighet i akuttmottakene under begrepet ”Triage”. Denne klassifikasjonsmetoden er også tatt i bruk i ambulansetjenesten, og gir et godt eksempel på tiltak som kan skape større sammenheng i den medisinske behandlingsskjeden. De data som blir registrert gjennom dette verktøyet bør anvendes av foretaksledelsen for å oppnå bedre kunnskap om de pasientene vi mottar gjennom året, og bør være et grunnlag for dialogen med kommunchelse-tjenesten.

#### **Anbefaling:**

Akuttmottakene bør synliggjøre sin virksomhet for foretaksledelsen gjennom årlige rapporter over sin virksomhet, bl.a. med fokus på erfaringene med ”Triage”.

### **4.6 Mottak, saksbehandling, prioritering og svar på henvisninger**

Blant spørsmålene under punkt 4.4 er det reist spørsmål om hvorfor fristbrudd ikke blir meldt som avvikshendelser. Dette bygger på et enkelt resonnement: *når pasienter fyller vilkårene for rett til prioritert helsehjelp, skal det fastsettes en tidsgrense i forhold til forsvarlighetskravet. Dersom man overskrider tidsgrensen, betyr det at pasienten kan stå i fare for å bli påført prognosetap eller redusert livskvalitet. Fristbrudd må derfor betraktes som brudd på kravet til forsvarlighet.*

Gjennom 2010 har det både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå vært et sterkt engasjement for å ”rydde opp” i ventelistene. Det er dokumentert at helseforetakenes ventelister omfatter både ”falske” og faktiske fristbrudd, som følge av at registreringsrutinene delvis skyldes misforståelser mangelfull kunnskap, eller ignorering av regelverket. Det er to hovedutfordringer i denne forbindelse:

- ens praktisering av regelverket for mottak, saksbehandling og svarrutiner for henvisninger
- ens praktisering av regelverket for registrering og ajourhold i PAS-systemet

I tillegg er innføringen av fagspesifikke retningslinjer for prioritering i spesialisthelsetjenesten blitt innført fra høsten 2009, med en forventning av de til dels betydelige forskjellene i prioriteringspraksis mellom avdelinger, sykehus og regioner skulle bli mindre. Innad i Helse Nord-Trøndelag har dette ført til at gjennomsnittsnivået for rettighetstildeling har nærmer seg nasjonalt nivå, men

fortsatt er det enkelte eksempler på store ulikheter i prioriteringspraksis for likeartede virksomheter.

#### ***Anbefaling:***

Foretaksledelsen anbefales å følge opp de prosedyrer som er utarbeidet både for saksbehandling av henvisninger og registreringspraksis i PAS-systemet, og må sørge for at aktuelle medarbeidere kjenner og praktiserer regelverket.

På områder hvor det er større ulikheter i praksis for rettighetstildeling bør det gjennomføres faglig dialog og utarbeidelse av målsettinger som fører til en tilnærming mellom aktuelle avdelinger.

### **4.7 Innføring av elektronisk meldingsrutine for avvikshendelser**

I løpet av 2010 er det gjennomført et pilotprosjekt for utprøving av en elektronisk melderutine i EQS. Ordningen er evaluert og erfaringene presentert i Kvalitetsutvalgets møte 13/10-2010. I samme møte anbefalte Kvalitetsutvalget å innføre en saksbehandlingsrutine, for å ivareta ryddighet i saksgangen og meldingsoverføring fra EQS til ePhorte.

#### ***Anbefaling:***

Kvalitetsutvalget vedtok å anbefale at ordningen burde besluttes gjennomført i hele helseforetaket etter drøfting i foretaksledelsen. Direktøren fatter deretter beslutning. En utrullingsplan bør utarbeides i dialog med de enkelte klinikkene. Målsettingen bør være at systemet er tatt i bruk i hele helseforetaket innen utløpet av 2011.

### **4.8 Pasientopplevd kvalitet**

Kvalitetsutvalget har gjennom de siste årsmeldingene anbefalt foretaksledelsen å gjennomføre kartlegging av pasientopplevd kvalitet. Det er i denne sammenheng påpekt at pasientopplevd kvalitet er en selvstendig dimensjon i kvalitetsbegrepet, som eksempelvis vil være betinget av pasientens opplevelse av rask og god informasjon, punktlighet, forutsigbarhet, god planlegging, helhetsspektiv, medvirkning, sammenheng i tjenesten o.s.v.

Helseforetakets kvalitetsstrategi for 2010-2016 anbefaler at det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser, men dette er hittil ikke gjennomført.

Det er flere ganger også påpekt at journalopplysningene i utgangspunktet er pasientens eiendom, og at pasientens opplevelse av god informasjon og medvirkning kan understøttes av at alle pasienter systematisk bør tilbys kopi av siste journalnotat. En slik ordning vil også bidra til å oppklare feil og misforståelser.

Helseforetaket mottar en betydelig mengde forespørsler om journalopplysninger, uttalelser og erklæringer. Gjennom opprettelsen av en egen Arkivavdeling i 2010 har foretaket samlet fått en bedre oversikt over alle disse forespørsler. Å kunne gi svar, slik forvaltningslovens § 11a fastsetter, må også kunne betegnes som pasientopplevd kvalitet.

#### ***Anbefaling:***

Pasienters og pårørendes erfaringer kan være et viktig grunnlag for læring og forbedring, og kartlegging av pasienters opplevelse av kvalitet bør derfor systematiseres gjennom hensiktsmessige brukerundersøkelser.

Pasienters rett til informasjon og medvirkning bør styrkes ved at alle pasienter aktivt tilbys kopi av journalnotat ved poliklinisk konsultasjon eller innleggelse.

Arbeidet med effektive saksrutiner i besvarelsen av henvendelser fra pasient/pårørende, eller den som opptrer med fullmakt fra disse, må fortsette gjennom neste år. Dette vil også kreve opplæring av mange i saksbehandling og bruk av dertil egnede verktøy.

#### **4.9 Styrking av samarbeidet med kommunene**

Det er i 2010 opprettet en Enhet for samhandling i helseforetaket, og det er i løpet av 2010 utviklet en felles strategi mellom kommunene og helseforetaket for å gjennomføre tiltak som kan bidra til å systematisere og forbedre samarbeidet. Det ble allerede i årsmeldingen for 2009 pekt på en rekke utfordringer som det nå arbeides med. Det kan synes som en vesentlig gjenstående utfordring for å oppnå resultater vil være knyttet til spørsmålet om kapasitet og prioritering av oppgaver. Det er også viktig å avklare på hvilken måte kommuner og sykehus kan utvikle felles rutiner for avvikshåndtering i forbindelse med revisjon av Basisavtalen.

##### **Anbefaling:**

Foretaksledelsen oppfordres til å vurdere tiltak som kan bidra til at oppgavene innenfor samhandlingsområdet får nødvendig fremdrift gjennom en tydelig prioritering av oppgaver i forhold til bemanning og kompetanse.

#### **4.10 Harmonisering av prinsipper for avvikshåndtering i helseregionen**

Kvalitetsutvalget viser til Meldesentralens årsrapport for 2008-2009 og Kartleggingsrapport 2009 fra Helsetilsynene i Midt-Norge, som viser både nasjonale og regionale ulikheter i registrering og rapportering av avvikshendelser. Dersom målet er å arbeide for en mer aktiv meldekultur og styrke arbeidet med erfaringsutveksling, bør dette som en første målsetting komme til uttrykk i regionale tiltak for harmonisering av prinsipper for avvikshåndtering i helseregionen.

##### **Anbefaling:**

Foretaksledelsen oppfordres om å ta opp resultatene fra forannevnte rapporter i dialog med Helse Midt-Norge RHF, med spørsmål om det regionale helseforetakets syn i saken.

#### **4.11 Overvåkning av sykehusinfeksjoner**

Helse Nord-Trøndelag HF har gjennomført overvåkning av sykehusinfeksjoner i tråd med kravene i "NOIS-forskriften", (Norsk Overvåkning av Infeksjoner i Sykehus).

Overvåkningen har vært gjennomført som 2 nasjonale og 1 lokal prevalensregistrering, insidensregistrering av keisersnitt på nedre uterussegment MCA 10 og oppfølging av operasjoner med innsetting av hofteproteser fra 2009 ved Sykehuset Namsos.

##### **Insidens:**

Forekomsten av postoperative infeksjoner etter keisersnitt har vært 4,4%. Alle kategorisert som overfladiske infeksjoner. 3,2% har vært diagnostisert av lege og 1,2% av pasientene selv.

Det er ikke registrert nye infeksjoner hos de pasienter som ble operert med innsetting av hofteimplantat i 2009. De 4 dype infeksjoner som ble registrert ved oppfølging etter 30 dager i 2009 var nå behandlet og pasientene symptomfri.

##### **Prevalens:**

Prevalens er et øyeblikksbilde. Registreringene er gjennomført ved å kartlegge de fire vanligste sykehusinfeksjoner: Urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner og sepsis. Blant disse er det antallet urinveisinfeksjoner som dominerer med 55% av infeksjonene.

***Anbefaling:***

Arbeidet for å redusere antallet sykehusinfeksjoner vil være et satsningsområde gjennom arbeidet med Pasientsikkerhetskampanjen 2011.

**Oppsummering**

Kvalitetsutvalget viser til anbefalingene som er gitt for året 2011 i det foregående innenfor følgende områder:

4.1 Intern samhandling som grunnlag for kvalitet og pasientsikkerhet

4.2 Kvalitetsutvalgets rolle

4.3 Erfaringstilbakeføring og erfaringsutveksling

4.4 Hva er uønskede hendelser/avvik?

4.5 Aktivitetsstyringen i akuttmottakene

4.6 Mottak, saksbehandling, prioritering og svar på henvisninger

4.7 Innføring av elektronisk meldingsrutine for avvikshendelser

4.8 Pasientopplevd kvalitet

4.9 Styrking av samarbeidet med kommunene

4.10 Harmonisering av prinsipper for avvikshåndtering i helseregionen

4.11 Infeksjonsovervåkning og infeksjonsforebygging.

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 10/2011 Prehospital plan for Helse Midt-Norge

|                                    |                 |                       |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Saken behandles i:</b>          | <b>Møtedato</b> | <b>Møtesaksnummer</b> |
| Styret for Helse Nord-Trøndelag HF | 15.02.11        | 10/2011               |

**Saksbeh:** Trond Skillingstad

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/428

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til foreløpig orientering, og ber om at saken forelegges styret for vedtak i mars 2011.

## **SAKSUTREDNING:**

### **Sak 10/2011 Prehospital plan for Helse Midt-Norge**

## **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

- Styresak 21/11 i Helse Midt-Norge
- Brev datert 07.02.11 fra adm.dir. i Helse Midt-Norge
- Rapport fra utvalg for revisjon av prehospital plan

## **GJELDENDE FORUTSETNINGER**

*Jf. sak i styret for Helse Midt-Norge RHF sak 21 – 2011.*

Sak 58/03 Prehospitale tjenester i Helse Midt-Norge

Sak 99/06 Drift av ambulansetjenester

Sak 62/10 Strategi 2020 (underpunkt 12) prehospitale tjenester

Sak 80/10 Gjennomføringsplan Strategi 2020

Sak 82/10 Orienteringssaker, Status revisjon av prehospital plan

Sak 15/11 Orienteringssaker, Status revisjon av prehospital plan

Lover/Forskrifter

2005-03-18 nr.252 Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

## **DRØFTING**

Nåværende plan for prehospitale tjenester er fra mars 2003. Denne omhandler blant annet organisering av AMK-sentraler og ambulansetjenesten i Midt-Norge inkludert luftambulansetjenesten.

Rapporten ble behandlet av styret i Helse Midt-Norge RHF i sak 58/03.

Nåværende ambulansekontrakter løper ut 2012. Administrerende direktør i Helse Midt-Norge har sett det som nyttig med en ny gjennomgang av prehospital plan og prinsippene for drift av ambulansetjenesten før eventuelt nye kontrakter ble utlyst. Luftambulansetjenesten og nødmeldetjenesten inkluderes også i gjennomgangen da disse også var beskrevet i prehospital plan fra 2003.

Arbeidet med revisjon av prehospital plan ble startet våren 2010. Det foreligger en rapport fra det administrative arbeidet knyttet til Prehospital plan (Rapport fra utvalg for revisjon av prehospital plan i Helse Midt-Norge, datert 11.01.2011).

Styret i Helse Midt-Norge behandlet saken i sitt møte 3. februar 2011. Før endelig vedtak, ønsket styret blant annet å få innspill fra de lokale helseforetakene på følgende prinsipielle spørsmål:

- 1. Er det et førende prinsipp at ambulansetjenesten i Midt-Norge skal drives i egen regi eller kan deler av tjenesten konkurransesettes?*
- 2. Er det et førende prinsipp at hjemmehvakt skal begrenses i størst mulig grad?*

*3. Er det et førende prinsipp at hvert helseforetak skal ha sin AMK-sentral, eller kan en sentral dekke flere helseforetak?*

I tilknytning til spørsmål nummer to, ønsker Helse Midt-Norge RHF at de lokale HF-styrene i helseforetakene konkret vurderer forslagene til stasjonering av ambulansene i sitt område i samarbeid med de berørte kommunene.

I delrapporten knyttet til ambulansetjenesten er følgende områder til vurdering grunnet bruk av hjemmevakt:

- Døgnambulanse på Snåsa erstattes med en dagbil i Steinkjer
- Samlokalisering av stasjonene i Røyrvik og Namsskogan.
- Samlokalisering av stasjonene i Bindal og Leka. (Forutsetter forhandlinger med Helse Nord RHF.)

## **VURDERING OG KONKLUSJON**

Prehospitaler tjenester er midt i kjernen av helseforetakets oppgave, nemlig å skape trygghet for liv og helse i befolkningen. Dette er også allerede synliggjort gjennom engasjementet som er vist i den offentlige diskusjonen rundt prehospital plan.

Administrerende direktør vil, fram til styrets møte i mars, utrede spørsmålene fra Helse Midt-Norge og fremme en innstilling til styret.

Det er avholdt et møte med Snåsa kommune i tilknytning til ambulanseberedskap. I perioden fram til styrets møte i mars, vil administrerende direktør også ha dialog med de andre kommunene som er spesielt nevnt i utredningene om ambulansestasjonering.

Perioden fram til mars er imidlertid ikke tilstrekkelig til å gjennomføre tillitvekkende dialog med kommunene om så vidt sentrale spørsmål som den lokale ambulansen er for befolkningen. Samtidig har administrerende direktør i sitt arbeid så langt lagt til grunn at stasjonering av ambulanser og sikring av forsvarlig drift tilligger det lokale helseforetaket, og vil derfor ha løpende dialog med kommuner i nedslagsfeltet om ambulanseberedskap.

# HELSE MIDT-NORGE RHF

## STYRET

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

**Saksbeh:** Steinar Bjørås

**Arkivkode:**

**Saksmappe:** 2011/11

---

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 prehospital plan i styremøte i april/mai.

Stjørdal 27.01.11

Gunnar Bovim  
Adm. dir

## SAKSUTREDNING:

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

## VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

|           |                                                                               |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Vedlegg 1 | Rapport fra utvalg for revisjon av prehospital plan                           |
| Vedlegg 2 | Vedlegg til rapporten, Evaluering av dagens ambulansedrift i Helse Midt-Norge |
| Vedlegg 3 | Delrapport Arbeidsgruppe Ambulanse                                            |
| Vedlegg 4 | Delrapport Arbeidsgruppe Luftambulanse                                        |
| Vedlegg 5 | Delrapport Arbeidsgruppe Nødmeldetjenesten                                    |

Utrykte vedlegg i saksmappen

Forskrifter/regelverk på området er samlet på følgende nettadresse:

[https://ekstranett.helse-midt.no/1003/prehospital\\_plan/default.aspx](https://ekstranett.helse-midt.no/1003/prehospital_plan/default.aspx)

- 1) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- 2) Retningslinjer for bruk av luftambulanse, Luftambulansetjenesten ANS mars 2009

Videre er rapporter samlet under samme nettadresse:

- 1) En helhetlig gjennomgang av de prehospitalene tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Rapport fra utvalg nedsatt av HOD 2009
- 2) NOU 1998, Hvis det haster
- 3) Prehospital plan Helse Midt-Norge 2003

## GJELDENDE FORUTSETNINGER

Sak 58/03 *Prehospitalene tjenester i Helse Midt-Norge*

Sak 99/06 *Drift av ambulansetjenester*

Sak 62/10 *Strategi 2020 (underpunkt 12) prehospitalene tjenester*

Sak 80/10 *Gjennomføringsplan Strategi 2020*

Sak 82/10 *Orienteringssaker, Status revisjon av prehospital plan*

Sak 15/11 *Orienteringssaker, Status revisjon av prehospital plan*

Lover/Forskrifter

2005-03-18 nr.252 Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

## BAKGRUNN

Nåværende plan for prehospitale tjenester, Rapport ang.organisering av prehospitale tjenester er fra mars 2003. Denne omhandler bl.a. organisering av AMK sentraler og ambulansetjenesten i Midt-Norge inkludert luftambulansetjenesten.

Rapporten ble behandlet av styret i Helse Midt-Norge RHF i sak 58/03.

Nåværende ambulansekontrakter løper ut 2012. Administrerende direktør har sett det som nyttig med en ny gjennomgang av prehospital plan og prinsippene for drift av ambulansetjenesten før evt. nye kontrakter ble utlyst. Administrerende direktør så det som formålstjenlig å inkludere også luftambulansetjenesten og nødmeldetjenesten i denne gjennomgangen da disse også var beskrevet i prehospital plan fra 2003.

Arbeidet med revisjon av prehospital plan ble startet våren 2010.

Prosjekteier for arbeidet har vært fagdirektør Helse Midt-Norge.

Det ble utnevnt et utvalg bestående av fagpersonell fra alle somatiske HF i Helse Midt-Norge og representant fra Regionalt brukerutvalg.

Videre ble det i aug. 2010 oppnevnt en styringsgruppe for prosjektet hvor tillitsvalgte og regionalt brukerutvalg var representert.

Rapport fra utvalget er ferdigstilt pr. januar 2011. Planen var å behandle rapporten i prosjektets styringsgruppe. Rapporten er ikke sluttbehandlet i styringsgruppen.

Vi har likevel valgt å legge ved rapporten med delrapporter og vedlegg som bakgrunnsinformasjon for de prinsippvurderinger styret vil gjøre.

Vi gjør spesielt oppmerksom på at rapporten er ikke behandlet med tanke på en konklusjon. Arbeidet som er gjort er grunnlagsarbeid som ikke er satt inn i en samla vurdering.

I styrets vedtak om Strategi 2020, av 25.juni 2010 er følgende beskrevet om de prehospitale tjenestene (underpunkt 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.

Styret ble orientert om status på arbeidet med revisjon av prehospital plan i orienteringssak 82/10 (Styremøte 7.okt. 2010) og i orienteringssak 15/11 (Styremøte 13. jan. 2011).

Under orienteringen på siste styremøte 13/1 2011, ble det signalisert fra styret at man ved førstkomende styremøte ønsket saken lagt fram med tanke på avklaring av førende prinsipper for de prehospitale tjenestene.

HFene har vært tungt inne i arbeidet med revisjon av prehospital plan, både i utvalget, arbeidsgruppene og styringsgruppen. Dette er naturlig ettersom det er hvert HF som er det operative leddet i de prehospitale tjenestene.

Alle HF har i dag den operative styringen av ambulansetjenesten. Videre er det de som følger opp kontraktene mot de private driverne i hverdagen. Kontraktsrevisjon utføres som et samarbeid mellom lokalt HF og RHFet.

Drift av AMK-sentralene er HFenes ansvar.

De førende overordnede prinsipper gjengitt i oppdragsdokumentet til Helse Midt Norge er at spesialisthelsetjenesten skal være av god kvalitet og med god tilgjengelighet.

Videre står det i pasientrettighetslovens paragraf 1 at tjenesten skal være av god kvalitet både med hensyn til innhold og tidspunkt for tjenesten.

Det er derfor etter Administrerende direktørs mening fornuftig at de lokale HF får uttale seg om følgende avledede prinsipielle spørsmål:

- Privat/egen drift av ambulansetjenesten
- Sammenslåing av ambulansestasjoner for å oppnå tilstedevakt
- Antall AMK sentraler

## FAKTISKE OPPLYSNINGER

Utvalg for revisjon av prehospital plan fikk følgende mandat for sitt arbeid:

### Ambulansetjenesten

- *Organisering av ambulansetjenesten i Midt-Norge herunder konkurranseutsetting/drift i egen regi*
- *Kapasitet herunder stasjonsplassering i Midt-Norge*
- *Faglig nivå på tjenesten*

### Nødmeldetjenesten

- *Antall og plassering av AMK-sentraler i Midt-Norge*
- *Hvilke kvalifikasjoner skal AMK personell inneha?*
- *Implementering av nytt nødnett i Midt-Norge, forslag til organisering*

### Luftambulansetjenesten

- *Kapasitet herunder baseplassering i Midt-Norge*
- *En gjennomgang av oppdrag med samtidighet for helikopterbasert i Midt-Norge i 2009*

Det skal utarbeides en samlet plan sett opp mot andre prosesser omkring prehospitaler tjenester som:

- *Felles nødnummer*
- *Strategi 2020 i Helse Midt-Norge*
- *Nytt Nødnett*
- *Samhandlingsreformen*
- *Følgetjeneste fødende*

*Utvalget kan velge å nedsette underutvalg/arbeidsgrupper for å behandle deler av planen.*

Utvalget valgte å nedsette 3 arbeidsgrupper med deltagere fra alle somatiske HF i Helse Midt-Norge.

- Arbeidsgruppe ambulanse.
- Arbeidsgruppe nødmeldetjenesten
- Arbeidsgruppe luftambulanse

Disse arbeidsgruppene har utarbeidet tre delrapporter opp mot hvert fagområde som en del av hovedrapporten.

Arbeidet med revisjon av prehospital plan har kommet ut med disse hovedutfordringene:

- |                          |                                                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| • Ambulansetjenesten     | Driftsform i egen regi/ konkurranseutsettelse<br>Stasjonering av ambulanser |
| • Luftambulansetjenesten | Kapasitet i tjenesten                                                       |
| • Nødmeldetjenesten      | Antall AMK sentraler i Midt-Norge                                           |

Utvalget har arrangert to dialogmøter rundt arbeidet med planen.

Disse ble arrangert som følger:

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| • Trondheim (Tiller) | 1.november 2010 |
| • Molde              | 4.november 2010 |

## HELHETLIG DRØFTING

### Strategi 2020

De prehospitalene tjenestene må ha egenskaper som møter de utfordringene det er pekt på i Helse Midt-Norges Strategi 2020.

De prehospitalene tjenestene er viktig for innbyggernes trygghetsfølelse, og er en meget viktig del av framtidens satsingsområder i Helse Midt-Norge.

Sammen med den kommunale legevaktstjenesten vil de prehospitalene tjenestene også i framtiden ofte være pasientenes første møte med helsetjenesten. Prehospitalene tjenester er i økende grad en viktig og integrert del av spesialisthelsetjenesten. Dette er et viktig kriterium for endelig organisering og dimensjonering av de prehospitalene tjenestene i Midt-Norge.

Endringer i sykehusstrukturen vil ha stor betydning for dimensjoneringen av de prehospitale tjenestene, i mindre grad for valg av stasjoneringsteder enn for kapasitet og krav til faglig kvalitet. Det er derfor viktig at eventuelt nye kontrakter må være fleksible i forhold til dimensjonering.

## **Samhandlingsreformen**

De prehospitale tjenestene vil være viktige i forhold til implementering av samhandlingsreformen i Midt-Norge. Spesielt vil en desentralisert ambulansesstruktur være helseforetakenes lokale ressurs ute i kommunene. Videre har prehospitalt nettverk tatt til orde for en systematisk delaktighet av ambulansarbeidere i kommunale helsetjenesteoppgaver som en mulig måte å samhandle på lokalt. Her vil det være viktig at man prøver å samlokalisere ambulansestasjoner med kommunale helsesenter når dette er praktisk mulig.

Samhandlingsreformen peker på behovet for tettere dialog mellom primærleger og spesialister bl.a. for å vurdere behovet for innleggelse. AMK er et viktig kommunikasjonsknutepunkt som har mulighet til raskt å sette opp samband mellom primærlege og aktuell spesialist.

## **Tidsplan**

Styrende for ferdigstilling og behandling av prehospital plan er dagens ambulanskontrakter mot private operatører.

Dagens avtaler med de private leverandørene går fram til 31.12. 2012.  
Det er ikke mulig å prolongere disse kontraktene.

Ved en beslutning om at det skal gjennomføres en ny konkurranse om ambulansetjenesten kan følgende tidsplan skisseres:

- |                                                                                                                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| • Kravspesifikasjonen er ferdigstilt<br>(Dette kan eventuelt skje parallelt med at styrebehandlingen gjennomføres.)    | 1/6 2011   |
| • Konkurransen er kunngjort<br>(Det innebærer en gjennomføringstid på fem måneder, noe som krever gode forberedelser.) | 1/8-2011   |
| • Nye kontrakter er inngått<br>(Eventuelle nye leverandører får da ett års forberedelse før oppstart.)                 | 31/12-2011 |
| • Nåværende kontrakter utløper                                                                                         | 31/12-2012 |

## **Avklaring av avledede prinsipielle spørsmål sett opp mot hovedutfordringene**

### **1) Ambulansetjenesten**

### **Driftsform i egen drift/konkurranseutsetting**

Vi viser til vedlagt utvalgsrapport side 11 til 16 med vedlegg evaluering dagens ambulansedrift. Videre delrapport arbeidsgruppe ambulanse.

I dag er ambulansetjenesten i Midt-Norge for det meste drevet av private firmaer på kontrakt med Helse Midt-Norge.

Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal driver tjenester selv ut ifra de fire sykehusene på Møre. St. Olavs Hospital driver 2 undervisningsambulanser bemanningsmessig som er en del av den ordinære beredskapen i Trondheim mandag t.o.m. fredag.

Det er i dag to sett kravspesifikasjoner som er gjeldende for tjenestene. En som er fra 2007 for de kontrakter som var operative fra 1.1.2008. En annen kravspesifikasjon som er fra 2008/09 for de kontrakter som hadde oppstart i slutten av 2009.

Grunnen til denne forskjellen er at Helse Midt-Norge måtte avslutte sine kontrakter med to drivere i 2008 etter problemer med bemanning. De områder disse to driverne skulle drive ble utlyst på ny i april 2009.

Dagens kontrakter med private går fram til 31.12.2012.

Dagens ambulansetjeneste er fordelt slik mellom kontraktører og helseforetak:

60 stasjoner drives av private

83 biler drives av private(+ reservebiler)

5 stasjoner drives av HF

11 biler drives av HF(+ reservebiler)

Utvalget har gjennomført en evaluering av dagens ambulansetjeneste i Midt-Norge. Evalueringen er utført ved en gjennomgang og sammenstilling av de kontraktsrevisjoner som er gjennomført og intervju med tillitsvalgte hos dagens drivere.

Evalueringsrapporten er vedlagt som vedlegg til utvalgsrapporten.

#### Sammendrag av evalueringsrapporten:

Dagens ambulansetjeneste i Midt-Norge er av god standard.

Personellets 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 tjenester drevet av HFene og de private utøverne. Jevnt over er tjenester drevet av HFene oppsatt med eldre biler enn de private.

Samarbeidet med de private driverne er godt. Helseforetakene føler de har god kontroll over de private operatørenes tjenester. Det gjennomføres jevnlig kontraktsrevisjoner av alle ambulansestasjoner drevet av de private. Erfaringsmessig korrigeres avvik raskt etter slike gjennomganger.

Ileggelse av dagmulkt er kun brukt ovenfor en driver de siste år.

#### Situasjonen i andre helseregioner

De fleste HF har ambulansetjeneste som egen drift. Unntaket er Sykehuset Innlandet som har mange tjenester levert av private kontraktører. Sykehuset har planer om å overta drifta selv over tid.

Sørlandet Sykehus har enkelte stasjoner drevet av private.

### Fordeler/ulempes med privat/offentlig drift

Fordeler/ulempes med egen drift/privat drift er sammenstilt under. Fordelene med de enkelte driftsformer gjengis under. Fordelene med privat drift vil være motsatsen til egen drift og motsatt. Ulempene vil være motsatsen til fordelene.

#### Privat drift fordeler(for oppdragsgiver)

- Drift/administrering av daglig drift gjøres av kontraktør
- Investeringer i biler/utstyr gjøres av kontraktør
- Definerte krav til kjøretøy
- Krav til tjenesten godt beskrevet
- Oppdragsgiver har mulighet til å følge opp kontrakter og påse at de etterleves. Om nødvendig kan dagmulkter brukes.
- Generelt god kontroll
- Forutsigbar driftsøkonomi

#### Egen drift fordeler(for oppdragsgiver)

- Fleksibilitet i forhold til beredskap
- God kontroll på ansettelser
- Bedre/lettere tilgang til driftsdata (avhenger til en viss grad av kontraktutforming)
- Offentlige drivere kan ikke gå konkurs (bankgaranti for drift i ei viss tid etter konkurs er innbakt i de private kontraktene)
- En slipper håndtering av anbudsprosesser
- Økonomi er mer fleksibel fordi den ikke er bundet opp i kontrakter

### **Avklaring av avledede prinsipielle spørsmål:**

**Er det et førende prinsipp at ambulansetjenesten i Midt-Norge skal drives i egen regi?**

**I tilfelle ja, når skal dette være innfridd?**

## **2) Ambulansetjenesten**

### Stasjonering av ambulanser

Vi viser til vedlegg utvalgsrapport side 11 til 16 med vedlegg evaluering dagens ambulansedrift. Videre delrapport arbeidsgruppe ambulanse.

Dagens ambulanseberedskap er basert på stasjoner spredd rundt om i hele regionen som gir en god beredskap i alle kommuner.

De fleste ambulanser er døgnbiler med beredskap hele døgnet/hele uken.

Noen biler har kun beredskap på dag/kveld og ikke i helger. Dette er enheter som primært er tiltenkt overføringsoppdrag mellom helseinstitusjoner.

Vaktordningene på stasjonene er basert på enten tilstedevakt hele døgnet med kort responstid på 2/4 minutter(dag/natt) eller hjemmevakt på deler av døgnet.

Ved hjemmevakt vil en ha stasjonsvakt på dagtid og hjemmevakt på kveld/natt/helg. Krav til enhets reaksjonstid(tid fra alarm til utrykning er startet) er 2/4 min. ved stasjonsvakt og 10 min. ved hjemmevakt.

Fordelingen mellom helseforetakene mht. stasjoner med hjemmevakt(deler av døgnet) og stasjonsvakt er som følger:

|                           |                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Helse Nord Trøndelag      | 9 stasjoner med hjemmevakt                                      |
| St. Olavs Hospital        | 1 stasjon med hjemmevakt                                        |
| Helse Nordmøre og Romsdal | ingen stasjoner med hjemmevakt                                  |
| Helse Sunnmøre            | 3 stasjoner med hjemmevakt + en stasjon med hjemmevakt på bil 2 |

#### Fordeler/ulempes med stasjonsvakt/hjemmevakt(kombinert).

Fordelene med de enkelte vaktordninger gjengis under. Fordelene med stasjonsvakt vil være motsatsen til hjemmevakt og motsatt. Ulempene vil være motsatsen til fordelene.

#### Fordeler med stasjonsvakt:

- Bedre responstid 2/4 min kontra 10 min(gjelder den del av døgnet personell er hjemme).
- Bedre fagmiljø ved at personellet er samlet hele vaktperioden.
- Lettere å drive faglig utvikling ved at personellet er samlet.
- Lettere rekruttering av personell(personell kan pendle) da personellet ikke trenger å være bosatt i bestemt nærhet til stasjon.

#### Fordeler med hjemmevakt/kombinert vakt:

- Fordrer færre ansatte
- Gir en rimeligere tjeneste
- Små stasjoner med lite kjøregrunnlag kan opprettholdes. Dette vil medføre kortere kjøreavstand i disse områdene.
- Mindre "dødtid" enn stasjonsvakt og dermed bedre utnyttelse av arbeidstiden.

I det foreløpige arbeid til utvalget har de vurdert hjemmevakt/kombinert vakt kontra stasjonsvakt. Generelt foreslår utvalget en styrkning av ambulanseberedskapen i Midt-Norge.

Førende for vurdering av stasjonering/beredskap er *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus(2005-03-18 nr.252)*.

§17 i forskriften sier følgende:

*Ambulansene skal som hovedregel være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres for stasjoner:*

- a) som har et lavt antall akuttoppdrag pr. år
- b) hvor personell kan være ved ambulansen innen forsvarlig tid etter oppringning.

Det er tilstrekkelig at ett av unntaksvilkårene er oppfylt.

#### **Avklaring av avledede prinsipielle spørsmål:**

**Er det et førende prinsipp at hjemmevakt skal begrenses i størst mulig grad?**

### **3) Luftambulansetjenesten**

Vi viser til vedlegg utvalgsrapport side 17 til 21. Videre delrapport arbeidsgruppe Luftambulanse.

Utfordringsbildet er kapasitetsutfordringer i luftambulansetjenesten i Midt-Norge. Dette gjelder spesielt opp mot flyambulansen stasjonert på Vigra.

Det er administrerende direktørs syn at det på dette området ikke er behov for en prinsippavklaring.

#### **Avklaring av avledede prinsipielle spørsmål**

#### **Ikke behov for prinsippavklaring**

### **4) Nødmeldetjenesten**

#### Antall AMK sentraler i Midt-Norge

Vi viser til vedlegg utvalgsrapport side 22 til 28 og delrapport nødmeldetjenesten.

Dagens struktur i nødmeldetjenesten i Midt-Norge er at hvert HF har sin AMK sentral plassert slik:

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Helse Nord Trøndelag      | Sykehuset Namsos   |
| St. Olavs Hospital        | St. Olavs Hospital |
| Helse Nordmøre og Romsdal | Molde Sjukehus     |
| Helse Sunnmøre            | Ålesund Sjukehus   |

Utvalget har via arbeidsgruppe nødmeldetjeneste kartlagt dagens situasjon ved AMK-sentralene, både når det gjelder organisering, bemanning, ledelse og støtteapparat, lokaler og oppgaver, samt sett på sammenlignbare virksomhetsdata fra tjenesten.

Det som preger tjenesten i dag er at Midt-Norges AMK-sentraler i tillegg til å motta nødhenvendelser og koordinere ambulanse- / luftambulansetjeneste, har funksjon som medisinske kommunikasjonsknutepunkt for foretakene. Sett i lys av samhandlingsreformen og Helse Midt-Norges Strategi 2020 er dette en viktig funksjon å bevare for framtiden.

AMK-sentralene bemannes etter jobbrotingsprinsippet, dvs. arbeidsdeling med Akuttmottak eller ambulansetjeneste. Dette gir synergieffekter, faglig gjennom nær kontakt med pasienter og spesialister i Akuttmottakene, og økonomisk ved at forbrukte årsverk i AMK holdes på et lavt nivå.

AMK-sentralene har egne telefonsentraler (med unntak av Sunnmøre) og representerer viktig backup for foretakene ved at telefonsystem er dubleret.

Utvalget mener at ledelse og støtteapparat er for lite vektlagt i dagens tjenester. Dette har konsekvenser for kvalitetssikring og faglig utvikling av tjenesten..

Utvalget mener at når det gjelder lokaler er det ved tre av fire AMK-sentraler for dårlig kapasitet og det kreves nybygging, ombygging eller utvidelse av varierende grad.

Utvalget er enige om at AMK sentralene er viktige for spesialisthelsetjenestens kontakt mot brukere og samarbeidspartnere.

Nytt nødnett er planlagt innført i Helse Midt-Norge omkring 2013/14. Dette vil kreve tilpasninger rent bygningsmessig ved alle dagens AMK sentraler unntatt ved St. Olavs Hospital der sentralen er forberedt for dette.

#### Fordeler/ulempes

En av utfordringene med felles AMK sentral for to helseforetak, er tilgangen til journalsystemet i det foretaket sentralen ikke fysisk er plassert. Det er sjelden sentralene har behov for dette og det antas at dette kan løses ved kontakt opp mot vakthavende lege ved angjeldende sykehus.

Ved en sammenslåing av sentralene til to er situasjonen at St. Olavs Hospitals AMK sentral er dimensjonert bygningsmessig og teknisk for å kunne være sentral for begge trøndelagsfylkene.

Når det gjelder Helse Sunnmøres sentral i Ålesund, må denne oppgraderes bygningsmessig for å kunne fungere for hele fylket. Det antas at dette også må gjøres for å kunne motta nytt nødnett i 2013/14.

Nye Molde Sykehus er planlagt bygd med AMK sentral.

#### Oppsummert fordeler med 2 eller 4 sentraler

Her behandles kun alternativ med en sentral i hvert HF(4 sentraler) eller felles sentral for flere HF (i praksis 2 sentraler). Vi viser her til Delrapport Nødmeldetjenesten side 52-55.

Fordelene med 2 kontra 4 sentraler gjengis under. Fordelene med 2 vil være motsatsen til 4 og motsatt. Ulempene vil være motsatsen til fordelene.

#### Fordel med 4 sentraler

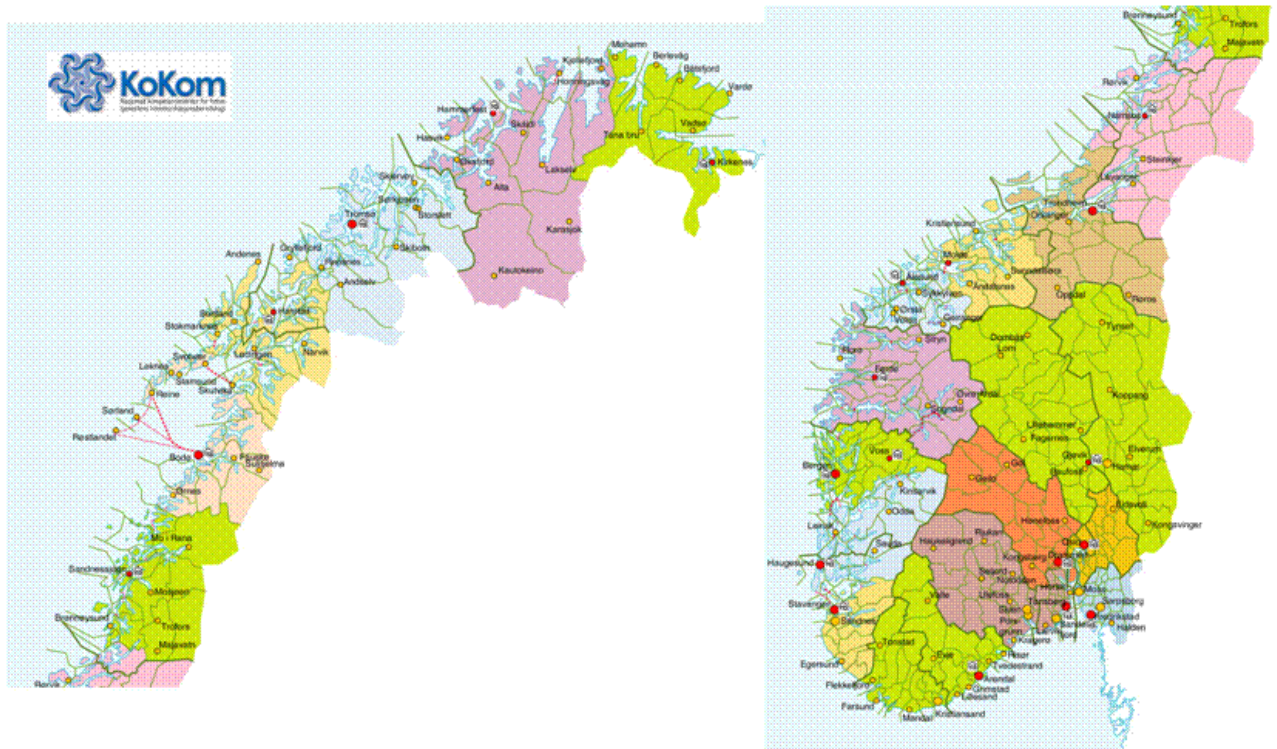
- Fungerer godt som kommunikasjonsknutepunkt for foretaket
- Jobbroting kan videreføres
- God lokal oversikt (kommuner)
- God oversikt over ressurser
- Tilgang til foretakets journalsystem
- Innmelding av pasient kan skje via AMK
- Nærhet til kriseledelsen i HF
- Lettere å holde kontaktmøter med kommuner/samarbeidsparter

### Fordel med 2 sentraler

- Kan medføre en mindre reduksjon i antall ansatte
- Større ledelse/støtteapparat
- Jobbrotasjon kan mest sannsynlig videreføres
- Større antall hendelser pr. operatør, mer trening
- Bedre styring av luftambulanseoppdrag
- Ambulanseflåten kan lettere brukes over foretaksgrensene
- Lettere/billigere å integrere nytt nødnett
- Færre sentraler trenger bygningsmessig/teknisk oppgradering

### AMK struktur i resten av landet

De fleste HF har "egen" AMK sentral rundt om i Norge. Unntakene er her Telemark/Vestfold som har felles sentral. Videre er sentralen i Oslo/Akershus felles for flere HF.



### Utvalgets syn

- Utvalget er klar på at de ikke anbefaler 1 eller 3 AMK-sentraler i Midt-Norge.
- Utvalget er delt i sitt syn på antall AMK sentraler i Midt-Norge i fremtiden.
- Et flertall anbefaler 2 sentraler plassert henholdsvis på St. Olavs Hospital og Ålesund Sjukehus.

- Et mindretall anbefaler å beholde 4 sentraler som i dag.

### **Avklaring av avledede prinsipielle spørsmål:**

**Er det et førende prinsipp at hvert Helseforetak skal ha sin AMK sentral, eller kan en sentral dekke flere Helseforetak?**

## **ØKONOMISKE KONSEKVENSER**

### **Ambulansetjenesten**

#### **Pensjonskostnad i Offentlig drift kontra privat drift**

Det er store forskjeller i privat og offentlige pensjonsordninger. Med bakgrunn i dette har KLP beregnet endret pensjonskostnad ved overgang til full offentlig drift av ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge. Dette vil etter dagens bemanningssammensetning og forutsetninger å utgjøre om lag 40 mill kr i årlig økte pensjonskostnader. Dette er beskrevet nærmere (ref vedlegg nr 15) i arbeidsgruppas rapport.

#### **Samlet endringskostnad**

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| KLP ved offentlig drift         | 50 mill kr |
| OTP i dagens ordning            | 10 mill kr |
| Økt kostnad ved offentlig drift | 40 mill kr |

#### **Pensjonspremie**

Pensjonskostnad gir uttrykk for en framtidig økonomisk forpliktelse knyttet til tidligere og dagens ansatte, mens pensjonspremie er i hovedsak knyttet til utbetaling av pensjoner til medlemmer.

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| KLP ved offentlig drift        | 15 mill kr |
| OTP i dagens ordning           | 10 mill kr |
| Økt premie ved offentlig drift | 5 mill kr  |

#### **Investeringskostnader**

Offentlig drift vil i tillegg utløse et investeringsbehov for innkjøp av nye ambulanser på til sammen om lag 130 mill kr. Beløpet er usikkert da bl.a. en del reservebiler antagelig kan anskaffes som brukte enheter.

### **Nødmeldetjenesten**

Kostnadsbildet er vanskelig å anslå eksakt, det er avhengig av mange variabler. Dersom en fortsetter som i dag, med integrerte LV-sentraler og kommunal medfinansiering (avhengig av kommunenes interesse) og uten krav om forsterket støtteapparat for å kunne gjennomføre internkontroll av tjenesten, er dette den billigste modellen når det gjelder lønnsutgifter. Å fortsette med dagens modell vil medføre større investeringskostnader i forhold til behov for bedre lokaler for to sentraler i Møre og Romsdal, og mindre kostnader for investeringer i Nord-Trøndelag. Det krever en større utredning for å kunne tallfeste kostnader til ombygging/nybygging.

Foreløpige anslag for bygningsteknisk oppgradering i Ålesund er ca. 8 mill.kr.

Dersom kvalitetsheving skal sikres og internkontroll av tjenestene skal gjennomføres i henhold til målsetting krever dette styrking av støtteapparatet ved sentralene. Da kan en reduksjon av antall sentraler fra fire til to, bli rimeligere. Dette forutsetter at jobbrotasjon kan videreføres. I motsatt fall må det ansettes eget personell i AMK-sentralene, noe som vil medføre en betydelig økning i forbrukte årsverk. Dette skyldes vaktbelastning og kravet om store nok stillinger til å kunne rekruttere og beholde personell.

Investeringer pr. arbeidsplass ved nybygging (erfaring fra St. Olavs Hospital) utgjør ca 1 mill kr pr operatørarbeidsplass. En reduksjon til to sentraler i Midt-Norge vil ikke redusere behovet for operatørarbeidsplasser med mer enn én. Dette skyldes behovet for backup for Trøndelag som ved behov for evakuering må forflytte virksomhet og operatører til sentralen i Møre.

## VURDERING/ANBEFALING

Prinsippavklaringer mot hovedutfordringene

### **1) Ambulansetjenesten**

#### Driftsform i egen drift/konkurranseutsetting

Helse Midt-Norge har i dag en god ambulansetjeneste som vi har god kontroll over. Den har godt materiell og bemanningen er god.

Overtakelse av hele ambulansetjenesten vil kreve investeringer i størrelsesorden 130 Mkr og en betydelig økning i pensjonskostnader.

Administrerende direktør anbefaler å innhente HFenes syn på de prinsipielle avklaringene.

Administrerende direktør anbefaler å innhente kommunenes syn på de prinsipielle avklaringene gjennom en dialog med KS.

### **2) Ambulansetjenesten**

#### Stasjonering av ambulanser

Helse Midt-Norge har i dag en godt utbygd ambulansetjeneste med mange små stasjoner med forholdsvis lav aktivitet. Videre har mange stasjoner i dag hjemmevakt. Dette gjelder i størst grad Helse Nord-Trøndelag.

Administrerende direktør anbefaler å innhente HFenes syn på de prinsipielle avklaringene.

Administrerende direktør anbefaler at Helse Midt-Norge ber Helseforetakene vurdere stasjonering av ambulansetjenesten i sitt område i samråd med de berørte kommuner.

Administrerende direktør anbefaler å innhente kommunenes syn på de prinsipielle avklaringene gjennom en dialog med KS.

#### **4) Nødmeldetjenesten**

#### Antall AMK sentraler i Midt-Norge

Helse Midt-Norge har i dag fire AMK-sentraler. Mange av disse er små og har behov for oppgradering rent bygningsmessig. Mottak av nytt nødnett vil også stille krav til bygningsmessige justeringer. En sammenslåing av sentralene i Møre- og Romsdal til en sentral, vil kreve investering i bygningsmessige forhold og teknisk utstyr.

AMK v/St. Olavs Hospital trenger ikke teknisk/bygningsteknisk oppgradering for å overta for AMK Nord Trøndelag.

Adm.dir. er av den mening at det er viktig med robuste sentraler med en viss størrelse for at disse skal fungere best mulig i beredskapssammenheng.

Administrerende direktør anbefaler å innhente HFenes syn på de prinsipielle avklaringene.

Administrerende direktør anbefaler å innhente kommunenes syn på de prinsipielle avklaringene gjennom en dialog med KS.

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 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 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](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



**Rapport  
fra utvalg for revisjon av  
prehospital plan  
i  
Helse Midt-Norge**

**Dato 11.01.2011**

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| Innledning.....                           | 3  |
| Habilitet.....                            | 5  |
| Ambulansetjenesten .....                  | 11 |
| Utvalgets tilrådninger.....               | 12 |
| Kapasitet/ressursfordeling.....           | 12 |
| Forbruk/hastegrader.....                  | 13 |
| Faglig standard.....                      | 13 |
| Håndbøker/systemoppbygging.....           | 13 |
| Psykiatriambulanse .....                  | 13 |
| Økonomi .....                             | 13 |
| Offentlig drift kontra privat drift.....  | 14 |
| Dialogmøter .....                         | 14 |
| Sammendrag .....                          | 16 |
| Luftambulanse .....                       | 17 |
| Flyambulansetjenesten .....               | 17 |
| Ambulansehelikopter .....                 | 18 |
| Sammendrag: .....                         | 21 |
| Nødmeldetjenesten .....                   | 22 |
| Antall AMK sentraler .....                | 22 |
| Geografisk plassering av sentralene.....  | 24 |
| Kompetansekrav til AMK-operatører.....    | 24 |
| Kvalitetsindikatorer.....                 | 25 |
| Organisering vs. Ambulansetjenesten ..... | 25 |
| Nødnett.....                              | 25 |
| Økonomi .....                             | 25 |
| Dialogmøter .....                         | 26 |
| Sammendrag .....                          | 28 |

# Innledning

Utvalg for revisjon av prehospital plan i Helse Midt-Norge

## **Bakgrunn:**

Rapport ang.organisering av prehospitaler tjenester er fra mars 2003. Denne omhandler bl.a. organisering av AMK sentraler og ambulansetjenesten i Midt-Norge inkludert luftambulansetjenesten.

Rapporten ble behandlet i styremøte i sak 58/03

Rapporten finnes her:

<http://trmnheportal.hemit.helsemn.no/upload/1321/Del-II-Høringsdokument-Prehospitaler-tjenester.pdf>

Sakspapirer for styremøtet ligger her:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/Sak%2058-03%20Prehospitaler%20tjenester.pdf>

Protokoll fra styremøtet:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2064-03%20Møteprotokoll%20styre%20HMN%20011003.pdf>

Videre ble eierform av ambulansetjenestene i Helse Midt-Norge behandlet i sak 99/06.

Sakspapirer og vedtaksprotokoll finnes her:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/Sak%2099-06%20drift%20av%20ambulansetjenester.pdf>

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/Sak%20107-06%20Protokoll%20styremøte%20011206.pdf>

I styrets vedtak av Strategi 2020, 25.juni 2010 er følgende beskrevet om de prehospitaler tjenestene (underpunkt 12):

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

Arbeidet med revisjon av plan prehospitale tjenester ble organisert slik:

Prosjekteier

Fagdirektør Helse Midt-Norge RHF (HMN)

Prosjektet ble startet opp uten at det var opprettet styringsgruppe. Prosjektet var i starten styrt direkte av fagdirektør HMN.

I september 2010 ble prosjektet omorganisert ved at en styringsgruppe ble oppnevnt.

Følgende ble utnevnt som medlemmer:

Styringsgruppe:

Fagdirektør Nils Eriksson, HMN fram til 16.12.2010  
 Fra 16.12.2010 konst. fagdirektør Henrik A. Sandbu  
 Økonomidirektør Anne-Marie Barane, HMN  
 Adm.dir. Arne Flaatt, Helse Nord-Trøndelag  
 Adm.dir. Astrid Eidsvik, Helse Sunnmøre  
 Tillitsvalgt Sigmund Eidem, Fagforbundet  
 Tillitsvalgt Trude Marsteen, YS  
 Hildur Fallmyr, regionalt brukerutvalg

Prosjektleder:

Rådgiver Steinar Bjørås, fagavdeling HMN

Sekretær

Konsulent Linn Hanssen, stabsavdeling HMN  
 Arkivleder Nelly Anita Lian, HMN

Styringsgruppes mandat:

Styringsgruppen skal gjennomføre planlagt revisjon av prehospital plan i Helse Midt-Norge i tråd med signaler og føringer fra administrerende direktør.

Det skal fokuseres spesielt på organisering, kontraktsforhold ovenfor leverandører og økonomi.

Prehospital plan omfatter ambulansetjenesten, nødmeldetjenesten og luftambulansetjenesten i Midt-Norge.

## Utvalg for revisjon av prehospital plan

Følgende deltagere ble oppnevnt som medlemmer i utvalget av de lokale HF/regionalt brukerutvalg:

Helse Sunnmøre

Seksjonsoverlege John Arne Larsen  
 Ambulansesjef Geir Grimstad

Helse Nordmøre og Romsdal

Daglig leder AMK Ann Kristin Skurtveit  
 Assistentlege Kristian Flusund

St.Olavs Hospital

Avdelingssjef Erlend Sundland  
 Avdelingssjef Sindre Mellesmo  
 Avdelingssjef Kirsten Mo Haga

Helse Nord-Trøndelag

Seksjonsleder Brit Karlsen  
 Medisinsk rådgiver Jens Grimstad

Regionalt brukerutvalg

Roy Alexander Farstad

Helse Midt-Norge

Rådgiver Steinar Bjørås, leder av utvalget  
 Fra juni: rådgiver Rigmor Mollan, økonomiavd. HMN

Konsulent Linn Hanssen, stabsavdeling HMN, sekretær til september.

Fra september: Arkivleder Nelly Anita Lian, HMN,

### Utvalgets mandat:

Utvalget skal gjennomgå og revidere plan for prehospitale tjenester i Helse Midt-Norge fra 2003.

Utvalget skal på overordna nivå tilrå hvordan prehospitale tjenester skal organiseres i Helse Midt-Norge

Utvalget skal spesielt behandle og gi anbefaling om følgende hovedpunkter:

### Ambulansetjenesten

- Organisering av ambulansetjenesten i Midt-Norge herunder konkurranseutsetting/drift i egen regi
- Kapasitet herunder stasjonsplassering i Midt-Norge
- Faglig nivå på tjenesten

### Nødmeldetjenesten

- Antall og plassering av AMK-sentraler i Midt-Norge
- Hvilke kvalifikasjoner skal AMK personell inneha?
- Implementering av nytt nødnett i Midt-Norge, forslag til organisering

### Luftambulansetjenesten

- Kapasitet herunder baseplassering i Midt-Norge
- En gjennomgang av oppdrag med samtidighet for helikopterbasert i Midt-Norge i 2009

Det skal utarbeides en samlet plan sett opp mot andre prosesser omkring prehospitale tjenester som:

- Felles nødnummer
- Strategi 2020 i Helse Midt-Norge
- Nytt Nødnett
- Samhandlingsreformen
- Følgetjeneste fødende

Utvalget kan velge å nedsette underutvalg/arbeidsgrupper for å behandle deler av planen.

Utvalget skal levere rapporten innen 1.12.2010.

---

## **Habilitet**

Habilitet er vurdert for alle deltagerne i utvalget:

Følgende forhold kan anmerkes.

Sindre Mellesmo har et ansettelsesforhold i Norsk Luftambulanse AS (deltidsstilling).

Dette medfører at han er vurdert inhabil i forhold til behandling av luftambulansetjenesten i rapporten. Mellesmo har fratrådt utvalget når luftambulanse- spørsmål har vært behandlet.

Steinar Bjørås har et ansettelsesforhold i Luftambulansetjenesten ANS (deltidsstilling).

Dette er vurdert å ikke medføre noen begrensninger habilitetsmessig.

### **Arbeidsgrupper:**

Utvalget valgte å nedsette 3 arbeidsgrupper med deltagere fra alle somatiske HF i Helse Midt-Norge.

- Arbeidsgruppe ambulanse.
- Arbeidsgruppe nødmeldetjenesten
- Arbeidsgruppe luftambulanse

I samarbeid med lokale helseforetak ble følgende personer oppnevnt i arbeidsgruppene:

#### **Arbeidsgruppe ambulanse**

Avdelingssjef Erlend Sundland, St. Olavs Hospital – leder  
 Avdelingssjef Sindre Mellesmo, St. Olavs Hospital  
 Ambulansesjef Geir Grimstad, Helse Sunnmøre  
 Ambulansesjef Lars-Erik Sjømæling, Helse Nordmøre og Romsdal  
 Seksjonsleder Brit Karlsen, Helse Nord-Trøndelag  
 Medisinsk rådgiver Jens Grimstad, Helse Nord-Trøndelag  
 Overlege Siv Moen, St. Olavs Hospital  
 Overlege Per Chr. Juvkam, Helse Sunnmøre

#### **Arbeidsgruppe nødmeldetjenesten**

Avdelingssjef Kirsten Mo Haga, St. Olavs Hospital, - leder  
 Fagutvikler/teknisk systemansvarlig Per Arne Lynum, Helse Nord-Trøndelag  
 Daglig leder Ann Kristin Skurtveit, Helse Nordmøre og Romsdal  
 Overlege John Arne Larsen, Helse Sunnmøre  
 Daglig leder Hans Joakim Riise, Helse Sunnmøre  
 Ass. lege Kristian Flusund, Helse Nordmøre og Romsdal  
 Overlege Bjørn Ole Reid, St. Olavs Hospital  
 Teknisk systemansvarlig Torger Øvergård, St. Olavs Hospital

#### **Arbeidsgruppe luftambulanse**

Overlege Oddvar Uleberg, St. Olavs Hospital -leder  
 Overlege Kristen Rasmussen, Helse Sunnmøre  
 Avd. sykepleier Willy Strandkleiv, Helse Sunnmøre  
 Overlege Steinar Einvik, St. Olavs Hospital  
 Avd. sykepleier Frode Lindseth, Helse Sunnmøre

### **Arbeidsgruppenes mandat:**

#### **Ambulansetjenesten**

Arbeidsgruppe for ambulansetjenesten skal fremlegge følgende for utvalg for revisjon av prehospital plan i Helse Midt-Norge:

#### Virksomhetsstatistikk(stasjonsvis)

Antall oppdrag oppdelt på kategori Akutt, Haster, Vanlig

- Døgnfordeling på oppdrag
- Tidsforbruk pr. oppdrag/km pr. oppdrag
- Prehospital responstid på kommunenivå (KITH katalog, UTSTEIN katalog)
- Forbruk av ambulansetjeneste pr.1000 innb./kommune
- Forbruk fordelt på aldersgrupper (Sør-Trøndelagstall)

#### Arbeidsgruppen skal videre beskrive følgende:

- Oversikt over organisering av ambulansetjenesten pr. HF
- Ressurser i helseforetakene, innkl.faglige ressurser
- Stasjonsoversikt innkl.biler (dag/døgn/2-båre)
- Ambulansestasjoner, eierforhold, tilstand, leieforhold
- Evt. nye veiprosjekter som kan ha innvirkning på beredskapssituasjonen
- Funksjonsfordeling (2020), hva betyr dette for ambulansetjenesten?
- Legevaktsdistrikt/justeringer: hva betyr dette for ambulansetjenesten?

Arbeidsgruppen skal vurdere fordeler og ulemper med konkurranseutsetting kontra drift i egen regi.

Videre skal forskjellige former for anskaffelse/leie/leasing av ambulansemateriell vurderes.

Arbeidsgruppen skal gjennomgå og evt. foreslå justering av følgende:

- Stasjonering /antall biler/beredskap (dag/døgn).
- Antall/plassering av 2-bårebiler
- Kvalitetsindikatorer
- Krav til ambulansestasjoner (min standard)
- Personellets kompetansenivå
- Personellets kompetanseutvikling
- Evt. fysiske krav til personell

#### **Nødmeldetjenesten**

Arbeidsgruppe for nødmeldetjenesten skal fremlegge følgende for utvalg for revisjon av prehospital plan i Helse Midt-Norge:

#### Virksomhetsdata

- Befolkningsgrunnlag pr 01.01. 2007,01.01.2008, 01.01.2009 og 01.01.2010
- Antall nødhenveler 2006 – 2009
- Antall nødhenveler pr 1000 innbygger 2006 -2009
- Antall 113-hendelser fordelt på hastegrad 2006-2009
- Antall ambulanseoppdrag fordelt på hastegrad 2006-2009
- Antall luftambulansetkontakter 2006-2009
- Antall konferanser mellom primærlege og spesialist (Sør-Trøndelag 2006-2009)
- Antall LV-henveler 2006-2009

#### Videre skal gruppen behandle følgende spørsmål:

- Beskrive dagens organiseringsform (organisasjonskart),
- Beskrive ressurser (ansatte, bemanning, støttepersonell, lokaler, backupsentral),

- Beskrive kompetansekrav og system for sertifisering og resertifisering.

Arbeidsgruppen skal vurdere organisering i fremtiden, herunder:

- Hvor mange AMK-sentraler som trengs i Midt-Norge (ROS-analyse?)
- Krav til sykehus uten AMK-sentral
- Vurdere hvor flåtestyring av ambulanser skal foregå, sett i lys av Samhandlingsreform og Strategi 2020?
- Krav til AMK aksestid
- Krav til reaksjonstid ved bevisstløshet
- Hvilken organisering trenger man i midt-Norge for å håndtere utbygging/implementering av nytt nødnett?

**Luftambulansetjenesten(LAT)**

Arbeidsgruppe for luftambulanse skal fremlegge følgende for utvalg for revisjon av prehospita plan i Helse Midt-Norge:

Statistikk for LAT i Midt-Norge (Ålesund helikopter, fly, Trondheim helikopter, Ørland, Brønnøy, Dombås)

- Antall oppdrag (fra 1/1-04)
- Rekvirerende kommuner primæroppdrag
- Rekvirerende Institusjon til/fra for sekundæroppdrag
- Søk- og redningsoppdrag
- Regularitet (er noen kommuner spesielt utsatt?)
- Fordeling mellom primær/sekundær oppdrag
- Antall samtidighetskonflikter
- Pasientenes alvorlighetsgrad (NACA\* score)
- Utvalgte diagnosegrupper for sammenligning mellom tjenestene (primæroppdrag)

Videre skal arbeidsgruppen behandle følgende spørsmål:

- Ressurssituasjonen i Midt-Norge for LAT
- Er det behov for flere luftambulansenheter?
- Er det evt. behov for flere crew?
- Evt. hvilke enheter?
- Hvor skal de evt. stasjoneres?
- Hvilke baser skal drive med hva? Eks. neonataltransporter
- Hva med overflyttingsambulanse (intensiv/2-bårebil) kan denne settes inn i spesielle områder som avlastning av LAT?
- Har vi rett bemanning?
- Hva med arbeidstidsbestemmelser?
- Utvikling i andre regioner kan ha innvirkning på situasjonen i Midt-Norge. Dette skal beskrives

### Samtidighet base Trondheim og Ålesund (helikopter) 2009, kartlegging

Hvor mange samtidighetskonflikter var det ved basen Ålesund og Trondheim i 2009?

Hvordan ble oppdragene løst ved samtidighetskonflikt. Hva ble evt. konsekvensene?

Hva med reservekapasitet mht. luftambulanseressurser?

Forslag til evt. tiltak?

*\*Forklaring av uttrykk:*

- *NACA= målemetode i statistikk for å angi alvorlighetsgrad(pasientens tilstand)*

### Arbeidsform i arbeidsgruppene:

Alle arbeidsgruppene har gjennomført flere møter/flerdagers samlinger (se delrapporter arbeidsgruppene for detaljer).

Det er gjennomført møter/besøk ved andre HF:

- AMK Vestfold/Telemark
- Ambulansetjenesten Vestfold/Telemark
- AMK Sykehuset Innlandet
- Ambulansetjenesten Sykehuset Innlandet
- Helse Førde, ambulansetjenesten
- Helse Nord (Ambulansetjenesten UNN)

### Tidsplan

Styrende for ferdigstillelse og behandling av prehospital plan er dagens ambulansekontrakter mot private operatører.

Dagens avtaler med de private leverandørene går fram til 31.12. 2012.

Det er ikke mulig å prolongere disse kontraktene.

Ved en beslutning om at det skal gjennomføres en ny konkurranse om ambulansetjenesten kan følgende tidsplan skisseres:

- |                                                                                                                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| • Kravspesifikasjonen er ferdigstilt<br>(Dette kan eventuelt skje parallelt med at styrebehandlingen gjennomføres.)    | 1/6 2011   |
| • Konkurransen er kunngjort<br>(Det innebærer en gjennomføringstid på fem måneder, noe som krever gode forberedelser.) | 1/8-2011   |
| Nye kontrakter er inngått<br>(Eventuelle nye leverandører får da ett års forberedelse før oppstart.)                   | 31/12-2011 |
| Nåværende kontrakter utløper                                                                                           | 31/12-2012 |

### Utvalgets arbeid

Utvalget har gjennomført følgende møter:

|                                    |       |          |
|------------------------------------|-------|----------|
| Oppstartsmøte 7.4.                 | 1 dg. | Stjørdal |
| Oppstartsmøte arbeidsgrupper 3-4.5 | 2 dg. | Hell     |
| Utvalgsmøte 14.-15.5               | 2 dg. | Stjørdal |
| Utvalgsmøte 16.-17.11              | 2 dg. | Stjørdal |
| Utvalgsmøte 1.-2.12                | 2 dg. | Stjørdal |
| Telefonmøte 13.12                  |       |          |

### **Dialogmøter**

Videre har utvalget arrangert to dialogmøter rundt arbeidet med planen.

Disse ble arrangert som følger:

|                    |            |
|--------------------|------------|
| Trondheim (Tiller) | 1.november |
| Molde              | 4.november |

Følgende ble invitert til å delta.

- Alle kommuner i Midt-Norge
- Alle helseforetak i Midt-Norge
- Alle ambulansedrivere i Midt Norge inkl.ansatte/tillitsvalgte

Oppmøte var som følger:

|                                     |
|-------------------------------------|
| Trondheim ca. 40 eksterne deltagere |
| Molde ca. 30 eksterne deltagere     |

Ambulansedrivere og helseforetak hadde stor deltagelse på møtene. Det møtte få representanter fra kommunene.

Utvalgets medlemmer og arbeidsgruppens ledere deltok ved begge møtene, mens arbeidsgruppens medlemmer i hovedsak deltok ved ett møte.

Dialogmøtene var lagt opp slik at arbeidsgruppens leder presenterte arbeidet i gruppene så langt. Det ble deretter åpnet for spørsmål/avklaringer rundt presentasjonene.

Videre ble deltagerne oppdelt i grupper og fikk konkrete oppgaver knyttet til presentasjonene.

Resultatene fra gruppebesvarelsene er gjengitt skjematisk under hvert hovedpunkt(ambulanse, nødmeldetjeneste og luftambulanse).

Samla referat og resultat fra gruppebesvarelsene finnes her:

[https://ekstranett.helse-midt.no/1003/prehospital\\_plan/default.aspx](https://ekstranett.helse-midt.no/1003/prehospital_plan/default.aspx)

### **Forskrifter/regelverk**

Forskrifter/regelverk på området er samlet på følgende nettadresse:

[https://ekstranett.helse-midt.no/1003/prehospital\\_plan/default.aspx](https://ekstranett.helse-midt.no/1003/prehospital_plan/default.aspx)

- 1) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- 2) Retningslinjer for bruk av luftambulanse, Luftambulansetjenesten ANS mars 2009

**Videre er rapporter samlet under samme nettadresse:**

- 1) En helhetlig gjennomgang av de prehospitalene tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Rapport fra utvalg nedsatt av HOD 2009
- 2) NOU 1998, Hvis det haster
- 3) Prehospital plan Helse Midt-Norge 2003

## Ambulansetjenesten

I dag er ambulansetjenesten i Midt-Norge for det meste drevet av private firmaer på kontrakt med Helse Midt-Norge.

Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal driver tjenester selv ut ifra de fire sykehusene på Møre. St. Olav driver 2 undervisningsambulanser som er en del av den ordinære beredskap i Trondheim mandag tom fredag.

Det er i dag to sett kravspesifikasjoner som er gjeldende for tjenestene. En som er fra 2007 for de kontrakter som er operative fra 1.1.2008. En annen kravspesifikasjon som er fra 2008/09 for de kontrakter som hadde oppstart i 2009.

Grunnen til denne forskjellen er at Helse Midt-Norge måtte avslutte sine kontrakter med to drivere i 2008 etter problemer med bemanning.

Dagens kontrakter med private går fram til 31.12.2012

Utvalget har gjennomført en evaluering av dagens ambulansetjeneste i Midt-Norge. Evalueringen er utført ved en gjennomgang og sammenstilling av de kontraktsrevisjoner som er gjennomført og intervju med tillitsvalgte hos dagens drivere.

Evalueringsrapporten gjengis i sin helhet i vedlegg til denne rapporten.

### **Generelt**

Forbruket av ambulansetjenester øker. Det er ulik fordeling av hastegrader i de enkelte helseforetak. Den relative fordeling av hastegrader i hvert HF er stabil fra år til år. Dette viser at hver enkelt AMK-sentral og de faktorer som påvirker denne, har ulik bruk av Norsk Medisinsk Indeks og ulik praksis for alarmering av ambulanse.

Det må være lik praksis for registrering av virksomhetsdata i Helse Midt-Norge og det regionale helseforetaket må ha ansvaret for å initiere dette.

Det bør være sammenheng mellom ambulansedområdene og AMK områdene i Helse Midt-Norge.

Det er overveiende god standard på ambulansestasjonene, men det gjenstår ennå en del oppgradering og nybygging. Det er inngått leieavtaler med kommuner eller private. En bør tilstrebe en samlokalisering med lokal helsetjeneste eventuelt brannberedskap der det er mulig. Utvalget beskriver en anbefalt standard for ambulansestasjoner i Midt-Norge som bør følges ved nyetablering av stasjon.

Strategi 2020 og Samhandlingsreformen vil, på ulik måte, påvirke de prehospitale tjenester i sterk grad. Sannsynligvis vil dette gi økt aktivitet og økte krav til kompetanse. Legevakt har i vesentlig grad abdisert fra felten, og i større grad blitt større, men mer stasjonære aktører. Selv om dette medfører en stor utfordring for ambulansetjenesten, er det sannsynlig at denne utviklingen vil fortsette. Dette er en stor utfordring for planlegging og samarbeid om utvikling og drift av akuttmedisinske tjenester sammen med kommunene.

Noen kommuner har etablert et system med første responder (førstehjelper i vaktssystem). Helse Midt Norge bør stimulere til å videreutvikle dette, og påvirke øvrige kommuner til å etablere slike ordninger.

Helseforetakene må ha et felles datasett og felles ambulansjournal som lagres i et datasystem som gir lik rapportering av operative og kliniske data. Innsamling av kliniske og operative data må skje med minst mulig forsinkelse for å kunne gi nødvendige styringsdata og muliggjøre korrektive tiltak.

Helseforetakene må også utvikle felles kvalitetsindikatorer for ambulansetjenesten, slik at man kan sammenligne tjenestene på kvalitet innad i HMN.

Ved vurdering av ambulansområder bør man også se på ambulansetjenestens produksjonslinjer i tillegg til foretaksgrenser.

De eldre pasientene har sammensatte lidelser som fordrer økt kompetanse fra ambulanspersonellet. Økningen av antall eldre stiger sterkt de neste 20 - 30 år. Man bør starte planlegging hvordan møte denne utfordringen. Muligheten til å gi medikamenter prehospitalt i HMN's ansvarsområde krever en bestått eksamen i farmakologi fra høyskole.

Ambulanseberedskap er ujevnt fordelt. Dette antas å ha sammenheng med geografi og ulik befolkningstetthet..

### **Utvalgets tilrådninger** **Offentlig/privat drift**

Utvalget støtter enstemmig arbeidsgruppas flertall som anbefaler fortsatt konkurranseutsetting av hoveddelen av ambulansetjenesten i Midt-Norge.

Vi viser her spesielt til den risikovurdering som arbeidsgruppa har gjort og til den evalueringen av dagens tjeneste som er utført.

Denne risikovurderingen ble også forelagt deltagerne i våre dialogmøter. Konklusjonene herfra var langt på vei sammenfallende med arbeidsgruppens vurderinger (se eget kapittel).

Når det gjelder dagens stasjoner som er drevet av helseforetak (Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal og St. Olav), går utvalget inn for at denne organisasjonsformen kan videreføres om helseforetaket ønsker dette.

Utvalget går enstemmig inn for arbeidsgruppas forslag om at dersom helseforetakene velger offentlig drift må kravspesifikasjonen for ambulansetjenesten i HMN også følges av disse tjenestene.

Kontraktsrevisjon gjennomføres på samme måte som for private tjenester.

Det er viktig at både offentlig drevne tjenester og privat drevne får de samme rammebetingelser.

### **Kapasitet/ressursfordeling**

Førende for vurdering av stasjonering/beredskap er "Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus":

§17 *Ambulansene skal som hovedregel være bemannet med tilstedevakt. Unntak kan gjøres for stasjoner:*

- a) som har et lavt antall akuttoppdrag pr. år*
- b) hvor personell kan være ved ambulansen innen forsvarlig tid etter oppringning.*

Arbeidsgruppen har beskrevet dagens beredskap i foretaksområdene og pekt på områder der beredskapen bør vurderes. Utvalget anbefaler at disse vurderingene blir gjennomført i samarbeid med de berørte kommuner.

### **Forbruk/hastegrader**

Utvalget ser at det er forskjeller i forbruk og hastegrad per 1000 innbygger. Dette bør utredes nærmere.

Utvalget anbefaler at dette følges opp videre av HMN.

### **Faglig standard**

Alle ambulanser i Helse Midt-Norge skal innen 2017 alltid ha minimum en ambulansesarbeider med paramedicutdannning.

Parallelt bør helseforetaket bidra i arbeidet med å utvide paramedicutdanningen til bachelornivå, dvs. fra dagens 60 – 90 studiepoeng til 180.

### **Håndbøker/systemoppbygging**

Utvalget mener at felles systemoppbygging herunder håndbøker er viktig i Helse Midt Norge. Ambulansetjenesten skal ha samme kvalitet i hele området. Felles system gjør også at evaluering/revisjoner kan gjennomføres likt i hele regionen.

Utvalget anbefaler at Helse Midt-Norge samles om et felles system når det gjelder medisinske/operative håndbøker i Helse Midt-Norge. Et mest mulig ensartet system i ambulansetjenesten i hele Helse Midt området vil gjøre det enklere å videreutvikle de prehospitale tjenestene.

### **Psykiatriambulanse**

Utvalget viser til vedlagt rapport om egen psykiatriambulanse i Sør-Trøndelag. Denne blir etablert som en prøveordning og skal evalueres etter ett års drift.

Utvalget anbefaler å avvente de erfaringer som man får i Sør-Trøndelag før en vurderer videre behov.

### **Økonomi**

#### **Stasjonering/beredskap**

Grunnlaget for kostnadsberegninger er hentet fra dagens kontrakter og vil kunne avvike fra virkelige kostnader i 2013. Tabellen viser årlig kostnadsendringer der alle foreslåtte tiltak er effektivert. Endringsforslagene er beskrevet i arbeidsgruppens rapport under hvert enkelt foretak.

Det er for Helse Nordmøre og Romsdal beregnet inklusivt i samlet beløp på 2,7 mill kr en økt kostnad for innfasing av ny 2-bårebil. Holdes dette utenfor, utgjør deres endringer en kostnadsøkning på om lag 1 mill kr.

Tabellen viser i tillegg beregnet kostnad pr innbygger i hvert foretaksområde etter dagens kostnader/kontrakter 2010.

| Endret driftskostnad jf revidert plan | Endret kostnad pr år | Kostnad pr innbygger - i dag |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------------|
| STO                                   | (1 729)              | 520                          |
| HSM                                   | 2 200                | 771                          |
| HNR                                   | 2 733                | 1103                         |
| HNT                                   | (364)                | 839                          |
| <b>Endring pr år</b>                  | <b>2 839</b>         |                              |
| 2-bårebil HNR                         | (1 690)              |                              |
| <b>Netto endring pr år</b>            | <b>1 149</b>         |                              |

### Offentlig drift kontra privat drift

Det er store forskjeller i privat og offentlige pensjonsordninger. Med bakgrunn i dette har KLP beregnet endret pensjonskostnad ved overgang til full offentlig drift av ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge. Dette vil etter dagens bemanningssammensetning og forutsetninger å utgjøre om lag 40 mill kr i årlig økte pensjonskostnader. Dette er beskrevet nærmere (ref vedlegg nr 15) i arbeidsgruppas rapport.

Offentlig drift vil i tillegg utløse et investeringsbehov for innkjøp av nye ambulanser på til sammen om lag 130 mill kr.

### Dialogmøter

Arbeidsgruppe ambulanses foreløpige arbeid ble presentert på begge dialogmøtene. Gruppene fikk to gruppeoppgaver til besvarelse etter presentasjonen:

#### Oppgave 1

*Mulighet å slå sammen to hjemmevaktstasjoner til en med basevakt.*

*Må da vurdere den totale beredskapen i slike distrikt:*

- Legevaktsordning
- Nærmeste ambulanse
- Antall innbyggere
- Avstand til sykehus
- Forbruket av ambulansetjenester
- Nærmeste Luftambulanse

*Gruppeoppgave: Er du/dere enig i arbeidsdokumentets forslag til basevakt?*

*Hvorfor/hvorfor ikke?*

Besvarelsene gir generelt støtte for at flest mulig av stasjonene bør over på basevakt. Bedre fagmiljø, lettere å rekruttere flinke folk og større mengde oppdrag er argumenter som nevnes.

Det påpekes at dette må vurderes for hver enkelt stasjon i forhold til avstander og andre ressurser.

## Oppgave 2

Sett inn risiko (for oppdragsgiver) for privat vs offentlig drift i tabellene, med verdiene 1 – 5  
 Det kan også gis kommentar for verdiene på strategisk viktighet som er satt inn i skjemaet.

|                                        | Strategisk viktighet | RISIKO |        | TOTALVURDERING |        |
|----------------------------------------|----------------------|--------|--------|----------------|--------|
|                                        |                      | Off.   | Privat | Off.           | Privat |
| Kompetanseoppbygging og -utvikling     | 15                   |        |        |                |        |
| Personell, egnethet og kvalifikasjoner | 10                   |        |        |                |        |
| Ansettelsesforhold                     | 10                   |        |        |                |        |
|                                        |                      |        |        |                |        |
|                                        |                      |        |        |                |        |
| Uten risiko = 1                        |                      |        |        |                |        |
| Høy risiko = 5                         |                      |        |        |                |        |

|                          | Strategisk viktighet | RISIKO |        | TOTALVURDERING |        |
|--------------------------|----------------------|--------|--------|----------------|--------|
|                          |                      | Off.   | Privat | Off.           | Privat |
| Tilgang til styringsinfo |                      |        |        |                |        |
| -operativt               | 3                    |        |        |                |        |
| -medisinsk               | 5                    |        |        |                |        |
| Investering og flåteplan | 15                   |        |        |                |        |
| Forbruksmateriell        | 2                    |        |        |                |        |
|                          |                      |        |        |                |        |
|                          |                      |        |        |                |        |
|                          |                      |        |        |                |        |
| Uten risiko = 1          |                      |        |        |                |        |
| Høy risiko = 5           |                      |        |        |                |        |

Besvarelsene er gjengitt under.

|                    | Strategisk viktighet | RISIKO |        | TOTALVURDERING |        |
|--------------------|----------------------|--------|--------|----------------|--------|
|                    |                      | Off.   | Privat | Off.           | Privat |
| Driftsøkonomi      | 10                   |        |        |                |        |
| Fleksibilitet      | 10                   |        |        |                |        |
| Risiko for konkurs | 5                    |        |        |                |        |
| Kravspesifikasjon  | 10                   |        |        |                |        |
|                    | 100                  |        |        |                |        |
|                    |                      |        |        |                |        |
|                    |                      |        |        |                |        |
| Uten risiko = 1    |                      |        |        |                |        |
| Høy risiko = 5     |                      |        |        |                |        |

|                                    |           |          |        |          |        |          |        |          |        |              |        |       |
|------------------------------------|-----------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|--------------|--------|-------|
| Dialogmøter ambulansetjenesten     |           |          |        |          |        |          |        |          |        |              |        |       |
| Gruppeoppgaver sammenstilling      |           |          |        |          |        |          |        |          |        |              |        |       |
| TRONDHEIM                          |           |          |        |          |        |          |        |          |        |              |        |       |
|                                    |           | Gruppe 1 |        | Gruppe 3 |        | Gruppe 4 |        | Gruppe 5 |        | Gjennomsnitt |        |       |
|                                    |           | Off      | Privat | Off      | Privat | Off      | Privat | Off      | Privat | Off          | Privat |       |
| Kompetanseoppbygging og utvikling  | 15        | 3        | 1      |          |        | 3        | 1      | 4        | 2      | 37,5         | 15     |       |
| Personell,egnet,et,kvalifikasjoner | 10        | 3        | 1      | 4        | 2      | 2        | 2      | 2        | 2      | 27,5         | 17,5   |       |
| Ansettelsesforhold                 | 10        | 1        | 1      | 4        | 2      | 1        | 1      | 2        | 2      | 20           | 15     |       |
| Tilgang til styringsinfo           | Operativt | 3        | 1      | 1        | 2      | 2        | 2      | 2        | 2      | 5,25         | 5,25   |       |
|                                    | Medisinsk | 5        | 1      | 1        | 2      | 2        | 2      | 2        | 2      | 8,75         | 8,75   |       |
| Investering flåteplan              | 15        | 5        | 1      | 4        | 2      | 4        | 1      | 5        | 2      | 67,5         | 22,5   |       |
| Forbruksmateriell                  | 2         | 1        | 1      | 2        | 2      | 1        | 1      | 1        | 1      | 2,5          | 2,5    |       |
| Driftsøkonomi                      | 10        | 5        | 1      | 2        | 1      | 3        | 1      | 3        | 3      | 32,5         | 15     |       |
| Fleksibilitet                      | 10        | 1        | 3      | 2        | 4      | 2        | 2      | 2        | 3      | 17,5         | 30     |       |
| Risiko for konkurs                 | 5         | 0        | 2      | 1        | 3      | 1        | 2      | 1        | 3      | 3,75         | 12,5   |       |
| Kravspesifikasjon                  | 10        | 3        | 1      |          | 1      |          | 1      |          |        | 7,5          | 7,5    |       |
|                                    |           |          |        |          |        |          |        |          |        | Sum          | 230,25 | 151,5 |
|                                    |           |          |        |          |        |          |        |          |        | Forholdst    | 1,5    | 1     |
| MOLDE                              |           |          |        |          |        |          |        |          |        |              |        |       |
|                                    |           | Gruppe 2 |        | Gruppe 3 |        | Gruppe 4 |        |          |        |              |        |       |
|                                    |           | Off      | Privat | Off      | Privat | Off      | Privat |          |        |              |        |       |
| Kompetanseoppbygging og utvikling  | 15        | 4        | 3      | 4        | 2      | 4        | 2      |          |        |              |        |       |
| Personell,egnet,et,kvalifikasjoner | 10        | 4        | 3      | 2        | 2      | 3        | 1      |          |        |              |        |       |
| Ansettelsesforhold                 | 10        | 1        | 4      | 4        | 2      | 2        | 1      |          |        |              |        |       |
| Tilgang til styringsinfo           | Operativt | 3        | 2      | 2        | 2      | 3        | 2      | 2        |        |              |        |       |
|                                    | Medisinsk | 5        | 2      | 2        | 2      | 3        | 2      | 2        |        |              |        |       |
| Investering flåteplan              | 15        | 5        | 2      | 4        | 1      | 4        | 2      |          |        |              |        |       |
| Forbruksmateriell                  | 2         | 2        | 2      | 2        | 2      | 1        | 1      |          |        |              |        |       |
| Driftsøkonomi                      | 10        | 4        | 2      | 4        | 1      | 3        | 2      |          |        |              |        |       |
| Fleksibilitet                      | 10        | 3        | 3      | 2        | 3      | 4        | 2      |          |        |              |        |       |
| Risiko for konkurs                 | 5         | 1        | 2      | 1        | 3      | 1        | 3      |          |        |              |        |       |
| Kravspesifikasjon                  | 10        | 4        | 2      | 4        | 1      | 4        | 1      |          |        |              |        |       |
|                                    |           |          |        |          |        |          |        |          |        | Sum          | 309,3  | 195,3 |
|                                    |           |          |        |          |        |          |        |          |        | Forholdst    | 1,6    | 1     |

Gruppene støtter i hovedsak arbeidsgruppens risikovurderinger av privat/offentlig drift. De støtter også arbeidsgruppens fordeling av vektning.

## Sammendrag

Utvalget anbefaler følgende:

- Fortsatt konkurranseutsetting av ambulansetjenesten i Midt-Norge
- Dagens drift i egen regi kan fortsette, men felles kravspesifikasjon må oppfylles av alle drivere.
- Felles system for kontraktsrevisjon gjennomføres
- Krav til en med paramedicutdanning pr. bil innen 2017
- Felles systembøker/håndbøker innføres i Helse Midt-Norge.
- Helseforetakene må også utvikle felles kvalitetsindikatorer for ambulansetjenesten
- Forskjeller i forbruk og hastegrader utredes nærmere.
- Arbeidsgruppens forslag til kapasitet/beredskap drøftes med berørte kommuner.
- Starte planlegging hvordan møte utfordringen med en økende gruppe eldre pasienter de neste 20 år..
- Muligheten til å gi medikamenter prehospitalt i HMN's ansvarsområde krever en bestått eksamen i farmakologi fra høyskole.

## Luftambulanse

Helse Midt-Norge har en godt utbygd luftambulansetjeneste med høy medisinsk og redningsteknisk kompetanse. Luftambulansetjenesten i regionen er representert med alle typer luftambulansenheter, ambulanshelikopter, redningshelikopter og ambulansfly.

Midt-Norges geografi og sykehusstruktur er avhengig av en velfungerende luftambulansetjeneste for å bidra til et mest mulig likeverdig helsetilbud til befolkningen. Det er derfor nødvendig at tjenesten er tilstrekkelig dimensjonert.

De siste årene har man både nasjonalt og regionalt sett en økning i oppdragsmengde som følge av sentraliserte behandlingstilbud, endret sykehusstruktur og endret funksjons- og oppgavefordeling. Basert på nåværende trendutvikling, nye behandlingstilbud, endret struktur i primærhelsetjenesten, demografiske endringer med aldret befolkning og krav om økt effektivisering av behandlingsforløp, synes det sannsynlig at behovet for luftambulansetjenester vil øke.

Hvilke enheter som vil være best egnet til å ivareta regionens ”sørge-for” ansvar vil avhenge av hvilke føringer og målsetninger det regionale helseforetak iverksetter for sin overordnede helsepolitikk i regionen. Effektiv ressursutnyttelse må sees i forhold til den terskelkostnad som vil gi mest forventet helsegevinst for befolkningen.

Vedrørende baseplassering av dagens luftambulansenheter ivaretar dagens mønster en god dekning av regionen og utvalget anbefaler videreføring av denne. Dette ivaretar også de kriterier som legges til grunn i NOU 1998:8.

Det vises til vedlagte delrapport fra arbeidsgruppe luftambulanse for detaljer.

Under gjengis de anbefalinger som utvalget har kommet fram til i forhold til de forslag som arbeidsgruppen har foreslått.

## Flyambulansetjenesten

### Kapasitet

Utvalget ser at kapasiteten på ambulansflyet stasjonert på Vigra er godt utnyttet og ikke åpner for særlig økning sett ut ifra dagens ressurser.

En avlastning av dette flyet vil være å sette i drift en overføringsambulanse (2-bårebil) i Nordmøre og Romsdal. Denne ambulansen vil kunne ta en god del av de pasientene som i dag blir transportert med fly. Dette gjelder transporter til St. Olavs Hospital, men også en del av de tilbakeføringstransportene som skjer på denne strekningen.

Forutsatt at dette tiltaket iverksettes raskt, kan det forventes å gi flyambulansetjenesten en viss avlastning, og effekt av dette tiltaket bør forventes før nye luftambulansenheter implementeres. Dette må dog monitoreres nøye ettersom det per i dag foreligger begrenset kapasitet til å kunne imøtekomme økte behov.

### **Ressursstyring**

Oversiktlig, enhetlig og koordinert ressursstyring er essensielt for effektiv utnyttelse av transportressursen. Utvalget er enig om at dette må styrkes for å optimalisere nåværende og fremtidig bruk.

Flyambulansetjenesten i Sør-Norge koordineres i dag fra 3 sentraler:

- FKS (Flykoordineringssentralen) på UNN Tromsø koordinerer den flyoperative delen
- Medisinsk koordineringspunkt ved base AHUS (Lørenskog) styrer bestilte oppdrag i Sør-Norge
- AMK Sunnmøre styrer all øyeblikkelig hjelp transporter med fly i Sør-Norge

Utvalget mener at dette er unødvendig komplisert, spesielt for rekvirenter. Utvalget anbefaler at det innføres ett felles punkt for all ressursstyring av ambulansfly i Norge, alternativt én sentral i Sør-Norge i tillegg til sentralen i Tromsø.

Utvalget ber om at utfordringene med antall kontaktpunkt utredes nærmere på nasjonalt nivå da dette er en nasjonal tjeneste.

## **Ambulansehelikopter**

### **Ressursstyring**

Det er behov for bedre ressursstyring av luftambulanse helikoptrene i Midt-Norge.

Dette kan forbedres gjennom bedre og felles prosedyrer mellom de ulike AMK-sentraler i regionen.

Tekniske løsninger mht. posisjonssending vil gi en bedre oversikt enn i dag. Dette er teknologi som er under innfasing i tjenesten. Dette er anslått å være på plass i løpet av 2010/starten av 2011.

### **AMK-LA-sentral**

I dag er det to AMK-sentraler som styrer luftambulanseressursene i Midt-Norge, AMK Sunnmøre og AMK Sør-Trøndelag. Disse benevnes AMK-LA sentraler.

Sentralene har i tillegg til alarmeringsansvar også ansvar for oppfølging av enhetene sikkerhetsmessig, såkalt "flight-following".

Et flertall i utvalget foreslår at det bør vurderes én felles AMK-LA-sentral i regionen som koordinerer rekvirering av helikopter. Flertallet er av den oppfatning at dette vil gi bedre ressursoversikt og bedre utnyttelse av ressursene. Videre vil dette gjøre det enklere for rekvirenter (andre AMK-sentraler) med å måtte forholde seg til en sentral.

Som beskrevet i nødmeldetjenestens rapport har St. Olav fysisk ledig kapasitet ved nybygd AMK sentral. Ledig plass kan benyttes til felles AMK-LA-sentral i Midt-Norge.

Et mindretall bestående av Geir Grimstad, John Arne Larsen og Steinar Bjørås støtter ikke utvalgets forslag med én felles sentral for disse tjenestene. Disse mener det er viktig med nærhet til sentralen for disse enhetene som er spesielle rent operativt.

Utvalget ber om at utfordringene med en eller to AMK-LA-sentraler utredes nærmere

### **Behov for ekstra overføringshelikopter i Trondheim**

Utvalget anbefaler at man følger utviklingen i forhold til kapasiteten ved ambulanshelikopteret i Trondheim framover og vil ikke anbefale ekstra ressurser i Trondheim på nåværende tidspunkt. Utvalget er av den oppfatning at området samla sett har god kapasitet mht. helikopterressurser.

Noe av den påviste økning i samtidighetskonflikter som er registrert ved base Trondheim kan spores til måten oppdrag håndteres på lokalt. Alle henvendelser om behov for helikopter i området går til vakthavende LA lege i Trondheim i egenskap av AMK lege. Om oppdraget overføres til 330 skvadronen på Ørlandet fordi helikopteret i Trondheim er opptatt, vil dette bli rubrisert som samtidighetskonflikt.

Utvalget mener at 330 Ørlandet er en ressurs som også er tiltenkt brukt for luftambulansoppdrag og at det derfor blir misvisende alltid å registrere samtidighetskonflikt når redningshelikopteret er ledig og tilgjengelig for oppdrag.

Redningshelikopteret er en viktig ressurs for helsetjenesten som også må tas med i den videre planlegging av luftambulanskapasiteten i regionen.

De nye redningshelikoptrene som er planlagt anskaffet (NAWSARH prosjektet) er også tiltenkt en slik rolle.

Utvalget konkluderer med at kapasitetsutviklingen må følges nøye framover. Dette må avklares spesielt opp mot nye kontraktsrunder på helikoptertjenester.

### **Bemanning helikopter**

Alle luftambulanse (helikopter) i Norge er nå bemannet med pilot, redningsmann og anestesilege unntatt luftambulansen i Ålesund som i tillegg har anestesisykepleier.

Helikopteret i Ålesund var før siste anbudsrunde bemannet med flyger, tekniker, lege og anestesisykepleier. Etter at nye kontrakter ble operative, er det i Ålesund valgt å fortsette med den bemanningen som var før teknikeren ble erstattet med redningsmann.

Luftambulansen med base i Tromsø hadde tidligere samme bemanning som i Ålesund, men avsluttet dette en tid etter at teknikeren ble erstattet med redningsmann. Dette fordi denne bemanningen er vurdert å gi den nødvendige kompetansen i helikopteret.

Base Ålesund er den luftambulansebasen som har de lengste transportene av sekundæroppdrag (mellom sykehus). Dette kan være overflytting av intensivpasienter eller kuvøsetransporter.

Utvalget ser utfordringen med mange og lange overføringstransporter mellom sykehus, herunder kuvøsetransporter. Dette er oppdrag som ofte vil kreve to medisinske behandlere bak i kabinen. Utvalget støtter argumentasjonen som miljøet i Ålesund har framlagt om spesielt behov for bemanning ved disse sekundærtransportene.

Utvalget ser imidlertid ikke det samme behovet ved primæroppdrag hvor det antas at behovet for bemanning er likt resten av landet. Dermed kan sykepleieren brukes mer fleksibelt inne på sykehuset og det oppnås bedre utnyttelse av denne ressursen.

### **Konklusjon**

Utvalget konkluderer med å anbefale at dagens bemanning med 4 stk. i Ålesund beholdes for sekundærtransporter, men at bemanningen ved primærtransporter reduseres til bemanning med 3 personer.

Hele utvalget støtter dette unntatt John Arne Larsen som ønsker å beholde 4 crew standardmessig.

## Landingsplasser

Utvalget støtter den vurdering som arbeidsgruppe luftambulanse har gjort når det gjelder landingsplasser.

Utvalget peker på følgende som de plasser det er størst utfordring med i dag og som bør prioriteres:

- 1) Kristiansund sykehus.  
Her er plass ved sykehuset stengt og Kvernberget flyplass, ca 15 min unna må brukes. Det er prosjektert utbedring av landingsplass til ca. 10 mill NOK. Utvalget vil prioritere denne høyt da Kristiansund sykehus er avhengig av helikoptertransport til St. Olavs Hospital.
- 2) Sykehuset Levanger.  
Plassen er på et industriområde og blir mer og mer innestengt av bygninger. Ambulansetransport er nødvendig for transport mellom landingsplass og sykehus. Skisseprosjekt er utarbeidet. Ny landingsplass bør prioriteres etter utvalgets mening.
- 3) Landingsplass nr. 2 ved St. Olavs Hospital.  
Denne er nødvendig for mottak av de større helikoptrene fra Nordsjøen og ved samtidighet med hensyn til landing. Prosjektet er godt i gang.
- 4) Orkdal sykehus  
Trang asfaltplass ved sykehuset. Bør utbedres for framtidig bruk.
- 5) Volda Sjukehus  
Større pipe utgjør en hindring for landing. Bør utredes nærmere.

## Økonomi

Tiltak med ekstra 2-båre overføringsbil for Nordmøre og Romsdal er beregnet til en årlig kostnad på kr. 1 690 000 (dette er beregnet utfra sammenlignbare enheter drevet på kontrakt med HMN).

Ekstra bemanning på helikopter i Ålesund er beregnet til en kostnad på ca. kr. 2 500 000,- pr år.

Kostnadsestimat for utbedring av landingsplasser vil fremkomme i det arbeid som er startet opp nasjonalt..

## Dialogmøter

Under dialogmøtenes gruppearbeid fikk gruppene følgende oppgaver som gjaldt luftambulansetjenesten i Midt-Norge:

- 1) Får ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten den hjelp de har krav på fra luftambulansetjenesten i Midt-Norge?
- 2) Det bør arbeides for å implementere et bakkebasert transportalternativ (to-båre ambulansebil/helsebuss) på strekningen mellom Nordmøre Romsdal og Trondheim. Når det gjelder hva som er akseptabel reiseavstand finnes ingen nasjonal konsensus. Tilsvarende tjenester anser 4-5 timers reiseavstand som akseptabelt.

Oppgave: Kommenter dette forslaget.

### Svar fra gruppene:

- 1) De fleste er enige om at man får den hjelpa de har krav på og behov for fra luftambulansetjenesten. Utfordringer i enkelte områder mht.avstander og at ressursene er opptatt i andre oppdrag.
- 2) Alle grupper er enige i at bakkebasert alternativ for Nordmøre og Romsdal er bra. På sammenlignbare strekninger brukes 2-bårebil i dag med gode erfaringer.

### Sammendrag:

#### Flyambulansetjenesten

- Ekstra 2-båre overføringsbil opprettes i Helse Nordmøre og Romsdal
- Antall koordineringspunkter for flyambulansetjenesten må reduseres.

#### Ambulanshelikoptertjenesten

- Ressursstyring av ambulanshelikoptertjenesten må forbedres
- Det anbefales ikke ekstra helikopterressurs i Trondheimsområdet på dette tidspunkt.
- Antall AMK-LA sentraler i regionen bør reduseres til én (mindretall mener fortsatt to sentraler)
- Bemanning av helikopteret i Ålesund:
 

|                   |            |
|-------------------|------------|
| ○ Primæroppdrag   | 3 personer |
| ○ Sekundæroppdrag | 4 personer |

(mindretall mener bemanning på 4 ved alle oppdrag)

## Nødmeldetjenesten

Utvalget har via arbeidsgruppe nødmeldetjeneste kartlagt dagens situasjon ved AMK-sentralene, både når det gjelder organisering, bemanning, ledelse og støtteapparat, lokaler og oppgaver, samt sett på sammenlignbare virksomhetsdata fra tjenesten.

Det som preger tjenesten i dag er at Midt-Norges AMK-sentraler i tillegg til å motta nødhenveler og koordinere ambulanse-/ luftambulansetjeneste, har funksjon som medisinske kommunikasjonsknutepunkt for foretakene. Sett i lys av samhandlingsreformen og Midt-Norges Strategi 2020 er dette en viktig funksjon å bevare for framtiden.

AMK-sentralene bemannes etter jobbrotingsprinsippet, dvs. arbeidsdeling med Akuttmottak eller ambulansetjeneste. Dette gir synergieffekter, faglig gjennom nær kontakt med pasienter og spesialister i Akuttmottakene, og økonomisk ved at forbrukte årsverk i AMK holdes på et lavt nivå.

AMK-sentralene har egne telefonsentraler (med unntak av Sunnmøre) og representerer viktig back-up for foretakene ved at telefonsystem er dubleret.

Ledelse og støtteapparat er for lite vektlagt i dagens tjenester. Dette har konsekvenser for kvalitetssikring og faglig utvikling av tjenesten..

Når det gjelder lokaler er det ved tre av fire AMK-sentraler for dårlig kapasitet og det kreves nybygging, ombygging eller utvidelse.

Utvalget mener at medisinsk nødmeldetjeneste organisatorisk må tilhøre somatiske foretak i regionen. Dette er svært viktig for faglig utvikling av tjenesten, og for at den akuttmedisinske kjeden skal være en sammenhengende tjeneste til det beste for pasientene.

Et viktig prinsipp er at AMK-områdene og ambulansedistriktene må være kongruente. Det er viktig at AMK-sentralene har disposisjonsrett over ressursene i det distriktet en har ansvar for å betjene.

I en fremtidig tjeneste må ledelse og støttefunksjoner utvilsomt styrkes, dette gjelder uansett antall sentraler. Det stilles flere og flere krav til tjenesten, og forskningsaktivitet må prioriteres.

Utvalget er enige om at AMK sentralene er viktige for spesialisthelsetjenestens kontakt mot brukere og samarbeidspartnere.

### Antall AMK sentraler

I dag har vi i Midt-Norge 4 AMK sentraler; en i hvert somatiske helseforetak. Disse er plassert som følger:

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| AMK Nord-Trøndelag      | Sykehuset Namsos   |
| AMK Sør-Trøndelag       | St. Olavs Hospital |
| AMK Nordmøre og Romsdal | Molde sjukehus     |
| AMK Sunnmøre            | Ålesund sjukehus   |

## **Antall AMK sentraler i fremtiden**

### **En sentral**

Utvalget fraråder enstemmig én AMK sentral i Midt-Norge. Midt-Norges AMK-sentraler betjener til sammen 89 kommuner. Det ville blitt et geografisk og organisatorisk område som etter utvalgets syn vil bli uhåndterbart. Dette til tross for teknologiske hjelpemidler og nytt nødnett.

Med én sentral i regionen vil ingen kunne fungere som reservesentral, noe som beredskapsmessig vurderes som uforsvarlig. Det ville blitt en veldig sårbar nødmeldetjeneste der situasjoner med teknisk utfall ville ramme hele Midt-Norge.

Én AMK sentral vil kreve en betydelig oppbemanning, ikke bare av operatører, men også med støttepersonell og innføring av vakthavende AMK-lege med døgnskuttmedisin i AMK-sentralen.

Dette bl.a. utfra at denne sentralen ville måtte forholde seg til et stort geografisk område med store forskjeller både innen samferdsel og beredskap.

Helse Midt-Norge ville ikke kunne etablere backup sentral innenfor foretaket, men måtte i tilfelle samarbeide med annet RHF.

### **Tre sentraler**

Ingen i utvalget anbefaler 3 sentraler.

### **To eller fire sentraler**

Utvalget er delt i vurderingen om det bør være 4 eller 2 sentraler i Midt-Norge.

Representantene fra to foretak (St. Olavs og Helse Sunnmøre) og Helse Midt-Norge går inn for 2 sentraler.

Representantene for de to andre foretakene går inn for 4 sentraler.

Ett flertall bestående av Sindre Mellesmo, Erlend Sundland, John Arne Larsen, Geir Grimstad, Kirsten Mo Haga og Steinar Bjørås anbefaler to sentraler i Midt-Norge under forutsetning av at støtteapparatet forsterkes til nødvendig nivå. Disse mener at dette vil bli mer robuste sentraler enn dagens. Likeledes vil antallet nødhenninger gjøre at personellet vil få større erfaring på området.

Under forutsetning av at jobbrotasjon kan videreføres, vil to sentraler medføre behov for færre ansatte totalt sett. Uten jobbrotasjon vil denne modellen bli den klart dyreste bemanningsmessig (63,25 årsverk i AMK-sentralene + 9,6 i Akuttmottak.)

Dagens sentraler, unntatt AMK Sør-Trøndelag, må oppgraderes bygningsmessig både for å være funksjonsdyktige i framtida og for mottak av nytt nødnett. Det vil derfor være økonomisk mest gunstig med to sentraler.

To sentraler medfører mindre utgifter til tilpasning av sentralene for mottak av nytt nødnett.

Ett mindretall bestående av Ann Kristin Skurtveit, Kristian Flusund, Brit Karlsen og Jens Grimstad anbefaler fortsatt 4 sentraler i Midt-Norge.

De mener at det er viktig også i framtida å beholde nærheten til sine samarbeidspartnere. Likeledes vil samhandlingsreformen kreve enda tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Her vil en lokalt tilknyttet AMK sentral være viktig. Videre vil en AMK sentral for to foretak medføre utfordringer mht. tilgang til pasientjournaler over foretaksgrensene.

Det pekes også på at den foreslåtte funksjonsfordelingen behandlet i Strategi 2020 vil kreve lokal forankret AMK sentral.

Videre vil en reduksjon i antall sentraler medføre at det må bygges opp kommunikasjonsknutepunkt i de sykehus som ikke vil få AMK-sentral.

Mindretallet mener også at kostnadsberegningen for 4 sentraler forutsetter like robust støtteapparat som for 2. Dette medfører en betydelig kostnadsøkning i forhold til dagens situasjon for 4 sentraler. Videreføring av 4 sentraler med dagens støtteapparat vil medføre en marginal kostnadsøkning uten forringelse av kvalitet på tjenestene. De mener også at erfaring med flere nødhenverdeler er avhengig av at ikke antall operatører vil øke fra dagens antall. I beregningen av kostnader for 4 sentraler er det ikke tatt hensyn til at Nord-Trøndelag har redusert arbeidsgiveravgift.

Ved 4 sentraler vil AMK-området og ambulanseområdet være det samme slik at foretaket har full kontroll med egne ressurser.

Mindretallet viser også til at akuttmottak og legevaktsentraler vil få utgifter til nytt nødnett uavhengig av antallet AMK-sentraler.,

Mindretallet mener det er fremkommet flere fordeler med 4 sentraler enn med 2.

### **Geografisk plassering av sentralene**

Ved St. Olavs Hospital er sentralen allerede utbygd slik at den rent fysisk kan overta for Helse Nord-Trøndelags sentral i Namsos. Denne sentralen er også planlagt for installasjon av nytt nødnett.

Ved de andre sentralene trengs bygningsmessige utbedringer for at sentralene skal være funksjonelle i framtiden.

Representantene fra Helse Nord-Trøndelag påpeker her at AMK Nord-Trøndelag kan fortsette drift uten vesentlige kostnadsøkninger.

For Trøndelags vedkommende er det enighet om at en evt. felles sentral bør ligge ved St. Olavs Hospital.

For Møre og Romsdals del er utvalget delt hvor et flertall foreslår denne lagt til Ålesund. Flertallet består av Sindre Mellesmo, Erlend Sundland, John Arne Larsen, Geir Grimstad, Kirsten Mo Haga, Steinar Bjørås og Jens Grimstad.

Dette utifra at dette er det største akuttmedisinske miljøet i Møre og Romsdal.

Et mindretall bestående av Ann Kristin Skurtveit og Kristian Flusund mener at sentralen bør ligge i Molde. Brit Karlsen synes ikke hun har forutsetninger for å velge Molde eller Ålesund.

### **Kompetansekrav til AMK-operatører**

Det er enighet i utvalget om at oppgavene i AMK-sentraler krever døgntilstedeværelse av både sykepleier og ambulansepersonell.

Det vises for øvrig til rapportens del om nødmeldetjeneste kapittel 11.1.1, 11.1.2, samt 11.1.11.

### **Kvalitetsindikatorer**

Utvalget mener det bør innføres kvalitetsindikatorer i medisinsk nødmeldetjeneste.

Utvalget viser her til arbeidsgruppens forslag til slike indikatorer.

Det vil her være naturlig å se til rapportens del om ambulansetjenesten hvor utvalget foreslår at de forskjeller i hastegradsfordeling og bruk av ambulansetjenester som er framkommet, blir utredet nærmere.

### **Organisering vs. Ambulansetjenesten**

Utvalget mener at ambulansedistriktene og AMK-sentralene må være kongruente.. Dette vil si at om en velger to AMK-sentraler i Midt-Norge, bør ambulansetjenesten organiseres ved to foretak.

En slik organisering krever ekstraordinære tiltak i forhold til at det kan medføre utfordringer for et foretak dersom et annet foretak vil gjøre strukturelle endringer som påvirker ambulanseplasseringer eller behov for flere ambulanser.

Det overordnede er at AMK har disposisjonsrett over alle ambulanser i sitt område og at systemene for ambulansetjenesten i AMK-området er like.

### **Nødnett**

Helse Midt-Norge vil ha et ansvar for å forberede mottak av nytt nødnett i regionen.

Prøveutbygging av nødnettet er under slutføring i Helse Sør-Øst, og det er planlagt behandling i Stortinget i løpet av vårsesjonen. En evt. nasjonal utbygging vil bli bestemt her.

Foreløpige tidsplaner antyder utbygging i Midt-Norge i 2013/14 (avhengig av Stortingets beslutning).

Utvalget støtter arbeidsgruppas konklusjon om at det er viktig å starte arbeidet med planlegging av mottak av nytt nødnett så raskt som mulig. Dette må gjøres opp mot alle sykehus i regionen. Videre har det regionale helseforetaket et koordineringsansvar opp mot kommunehelsetjenesten (Legevaktsystemet).

Stortinget skal behandle nasjonal utbygging i vårsesjonen og vi finner at det er fornuftig å avvente denne behandlingen før planlegging startes.

Det anbefales å ansette en prosjektleder i deltid med ansvar for å lede prosessen i startfasen. Denne bør være på plass over sommeren 2011.

### **Økonomi**

Det vises her til arbeidsgrupperapporten punkt 11.5

Hensikten med endring i forhold til dagens struktur er kvalitetsforbedring og kostnadsreduksjon.

Kostnadsbildet er vanskelig å anslå eksakt, det er avhengig av mange variabler. Dersom en fortsetter som i dag, med integrerte LV-sentraler og kommunal medfinansiering (avhengig av kommunenes interesse) og uten krav om forsterket støtteapparat for å kunne gjennomføre internkontroll av tjenesten, er dette den billigste modellen når det gjelder lønnsutgifter. Å

fortsette med dagens modell vil medføre større investeringskostnader i forhold til behov for bedre lokaler for to sentraler i Møre og Romsdal, og mindre kostnader for investeringer i Nord-Trøndelag. Det krever en større utredning for å kunne tallfeste kostnader til ombygging/nybygging.

Dersom kvalitetsheving skal sikres og internkontroll av tjenestene skal gjennomføres i henhold til målsetting krever dette styrking av støtteapparatet ved sentralene. Da *kan* en reduksjon av antall sentraler fra fire til to, bli rimeligere. Dette forutsetter at jobbrotasjon kan videreføres. I motsatt fall må det ansettes eget personell i AMK-sentralene, noe som vil medføre en betydelig økning i forbrukte årsverk. Dette skyldes vaktbelastning og kravet om store nok stillinger til å kunne rekruttere og beholde personell.

Investeringer pr. arbeidsplass ved nybygging (erfaring fra St. Olavs Hospital) utgjør ca 1 mill kr pr operatørarbeidsplass. En reduksjon til to sentraler i Midt-Norge vil ikke redusere behovet for operatørarbeidsplasser med mer enn én. Dette skyldes behovet for back-up for Trøndelag som ved behov for evakuering må forflytte virksomhet og operatører til sentralen i Møre.

### **Dialogmøter**

Foreløpig arbeid av arbeidsgruppe nødmeldetjenesten ble lagt fram på dialogmøtene. Videre fikk gruppene i oppgave å evaluere arbeidsgruppens risikovurdering slik den fremkommer i rapportens punkt 16.2:

| <b>Faglighet</b>             | <b>Fire sentraler</b> | <b>Tre sentraler</b> | <b>To sentraler</b>                        | <b>Én sentral</b>                          |
|------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Jobbrotasjon                 | Mulig                 | Mulig                | Kanskje mulig                              | Umulig                                     |
| Antall personer              | Mange                 | Mange                | Færre                                      | Færre                                      |
| Ledelse og Støtteapparat     | For lite robust       | For lite robust      | Krever et robust ledelses og støtteapparat | Krever et robust ledelses og støtteapparat |
| Antall hendelser pr operatør | Tilfredsstillende     | Tilfredsstillende    | Veldig bra                                 | Veldig bra                                 |

| Funksjonalitet                                              | Fire sentraler      | Tre sentraler      | To sentraler         | Én sentral             |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|------------------------|
| Alarmering av LV-lege                                       | God oversikt        | God oversikt       | Ikke så god oversikt | Dårlig oversikt        |
| Alarmering av ambulanse                                     | God oversikt        | God oversikt       | Bra oversikt         | Ikke så god oversikt   |
| Koordinering av planlagte ambulanseoppdrag                  | God oversikt        | God oversikt       | Ikke så god oversikt | Dårlig oversikt        |
| Kommunikasjons-knutepunkt øyeblikkelig hjelp for foretakene | OK for alle foretak | OK for Tre foretak | OK for to foretak    | Vanskelig              |
| Opprette kommunikasjons-knutepunkt ved Akuttmottakene       | Ikke behov          | For ett foretak    | For to foretak       | For fire (tre) foretak |

| Funksjonalitet                   | Fire sentraler              | Tre sentraler                                            | To sentraler                                             | Én sentral                              |
|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Innmelding av pasient til AMK    | OK til AMK for alle foretak | OK for tre foretak                                       | OK for to foretak                                        | Må melde direkte til Akuttmottak        |
| Intern alarmering                | Krever Ingen endring        | AMK kan ikke utføre for alle sykehus -krever til pasning | AMK kan ikke utføre for alle sykehus -krever til pasning | Kan ikke utføre intern alarmering       |
| Tilgang foretakets journalsystem | Ja for alle                 | For tre, uten journaltilgang for ett foretak             | For to, uten journaltilgang for to foretak               | For ett foretak, tre uten               |
| EKG-tolking tilkalling av lege   | Oversikt                    | Oversikt                                                 | Litt dårligere oversikt mer å holde orden på             | Dårligere oversikt mer å holde orden på |
| Luftambulanse-oppdrag            | Ikke så god oversikt        | Ikke så god oversikt                                     | God oversikt                                             | God oversikt                            |
| Kontaktmøter kommuner            | Kan gjennomføres            | Kan gjennomføres                                         | Verre å gjennomføre                                      | Urealistisk                             |

Svarene fra gruppene viste at de fleste i hovedsak støttet den risikovurdering som er gjort.

I tillegg mente noen grupper at det var meget viktig med prehospital erfaring i sentralens bemanning.

En gruppe anførte at jobbrotasjon heller var en tvang enn et ønske.

## Sammendrag

Utvalget er delt i sitt syn på antall AMK sentraler i Midt-Norge i fremtiden.

Et flertall anbefaler 2 sentraler plassert henholdsvis på St. Olavs Hospital og Ålesund Sjukehus.

Et mindretall anbefaler å beholde 4 sentraler som i dag.

Utvalget anbefaler at det etableres en deltidsstilling for koordinering av nytt nødnett i Midt-Norge.

## Stjørdal 10.jan.2011

John Arne Larsen

Geir Grimstad

Ann Kristin Skurtveit

Kristian Flusund

Erlend Sundland

Sindre Mellesmo

Kirsten Mo Haga

Brit Karlsen

Jens Grimstad

Roy Alexander Farstad

Rigmor Mollan

Steinar Bjørås, leder av utvalget

,

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

### **Sak 11 /2011 Oppfølging av revisjonsrapport fra Helse Midt-Norge - Etterlevelse av pasientrettigheter**

---

|                                    |                 |                       |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Saken behandles i:</b>          | <b>Møtedato</b> | <b>Møtesaksnummer</b> |
| Styret for Helse Nord-Trøndelag HF | 15.02.11        | 11/2011               |

**Saksbeh:** Tor Ivar Stamnes, Kvalitetssjef

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/428

---

### **ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:**

Styret tar saken til orientering.

## **SAKSUTREDNING:**

### **Sak 11 /2011 Oppfølging av revisjonsrapport fra Helse Midt-Norge - Etterlevelse av pasientrettigheter**

Internrevisjonen ved Helse Midt-Norge RHF skal på vegne av styret i Helse Midt-Norge påse at helseforetakene og det regionale helseforetaket har etablert tilfredsstillende internkontroll og at denne fungerer som forutsatt. I tråd med vedtatt aktivitetsplan 2010, er denne revisjonen gjennomført.

Denne saken omhandler systemtilsyn, som ble gjennomført i mai 2010, og hvor det foreligger endelige rapporter med svarfrist 15.02.2011.

## **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

- 1 Oppsummeringsrapporten fra Internrevisjonen i Helse Midt-Norge
- 2 Oppfølgingsbrev fra Internrevisjonen datert 15.12.2010.
- 3 Udatert utkast til svarbrev med redegjørelse for de 10 punktene revisjonslaget etterspør.

## **GJELDENDE FORUTSETNINGER**

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge er gitt i oppdrag av styret å føre tilsyn med internkontrollen ved helseforetakene i regionen.

Situasjonen som har oppstått rundt håndteringen av rutiner for innkalling og oppfølging av pasienter i Vestre Viken HF, har medført stort fokus på helseforetakenes ivaretagelse av pasientrettigheter.

## **DEFINISJONER**

Internrevisjonen benytter ikke begrepene avvik eller merknad, men har en relativ fylldig rapport om funn og vurderinger som oppsummeres i anbefalinger.

## **SAMMENDRAG**

Systemtilsynet ble gjennomført i mai 2010. Rapport fra tilsynet er datert 04.08.10. Utkast til styresak er behandlet i Kvalitetsutvalgets møte 09.02. og i Foretaksledelsens møte 14.02.2011. Styresaken bygger på utkast til svarbrev som er på 27 sider inklusive vedlegg. Dette saksfremlegget er en forkortet utgave uten bla. vedleggene.

## **FAKTISKE OPPLYSNINGER**

Det ble gitt følgende anbefalinger:

- Det bør vurderes innføring av elektronisk henvisningsordning samt elektronisk saksbehandling i forbindelse med vurdering og prioritering av henvisninger
- Prosedyre for behandling av henvisninger som er utarbeidet på foretaksnivå bør implementeres i hele organisasjonen
- Det bør settes fokus på prioriteringspraksis og bruk av prioriteringsveiledere
- Ventetidssituasjonen ved de reviderte enhetene bør vurderes med tanke på iverksettelse av tiltak for å redusere ventetiden
- Det bør gjøres en gjennomgang av system for registrering og oppfølging av ventelister for å sikre at ventelistene viser korrekte data

- Det bør gjøres en gjennomgang av omfanget av brudd på behandlingsfrister for å avklare årsaker til fristbruddene med tanke på iverksettelse av tiltak for å endre situasjonen

I tillegg har intenrevisjonen i brev datert 15.12.2010 bedt om en handlingsplan knyttet til følgende 10 punkter:

**1 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for innføring av elektronisk henvisningsordning og elektronisk saksbehandling av henvisninger?**

**2 Hvilke tiltak tenkes igangsatt i foretaket for å sikre bruk av prioriteringsveilederne i vurderingen og prioriteringen av pasientene?**

**3 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre implementering av ”Prosedyre for behandling av henvisninger” i hele organisasjonen?**

**4 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre at alle avdelinger/klinikker overholder kravet i regelverket om informasjon til henvisende instans om resultatet av vurderingene av prioriteringen av henvisningen?**

**5 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for implementering av nye brevmaler på området, oversendt fra RHF ved brev av 16.06.2010?**

**6 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre at personell som håndterer henvisninger får nødvendig opplæring og oppdatering i bruk av elektroniske systemer, regelverk, veiledere og lignende?**

**7 Hvilke øvrige tiltak i tillegg til punkt 6, tenkes iverksatt for å sikre gode styringsdata i ventelister?**

**8 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre at BUP Namsos og Levanger etterlever kravet i regelverket om maks 65 dager ventetid for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet?**

**9 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre rettighetspasienter helsehjelp innen forsvarlig tid dersom behandlingsfristen brytes?**

**10 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å hindre framtidige fristbrudd?**

## **HELHETLIG DRØFTING**

Systemtilsynet ble gjennomført i mai 2010. Rapport fra tilsynet er datert **04.08.10**.

Revisjonslagets oppfølgingsbrev som beskriver hva de vil ha svar på, er datert **15.12.2010**.

Svarfristen på sistnevnte er satt til **15.02.2011**.

Anbefalingene må ses i lys av 2 forhold:

1 Anbefalingene var ut fra en vurdering av foretaket i mai. Etter den tid, blant annet på bakgrunn av saken ved Vestre Viken HF har det vært satt fokus på dette området. I tillegg har administrerende direktør rettet oppmerksomheten mot fristbrudd og hatt en uttalt målsetting om at det ikke skulle forekomme fristbrudd ved inngangen til 2011.

2 Det andre er at anbefalingene kan synes å også bygge på funn ved andre helseforetak.

Selv om disse to forholdene ikke får vesentlig betydning for det arbeidet som gjøres i foretaket, i kjølvannet av denne rapporten, anser vi det som mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i de 10 punktene i brevet datert 15.12.2010 når vi svarer på hvordan vi følger opp rapporten.

Så til hvert av punktene:

### **1 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for innføring av elektronisk henvisningsordning og elektronisk saksbehandling av henvisninger?**

- Det er tilsatt egen prosjektleder for å ivareta koordineringen av arbeidet med ”meldingsløftet”
- det er gjennom ”meldingsløftet” tilrettelagt for mottak av elektroniske henvisninger med gruppepostkasser, hvor henvisningene mottas
- ordningen starter fra 1/3
- det er bestilt adresselister i fastlegenes fagsystemer for å sikre riktig adresse
- kontortjenesten omorganiseres for å takle overgangen fra papir til elektroniske rutiner
- ca. 80% av henvisningene vil bli mottatt elektronisk i løpet av 2011
- det har vært gjennomført pilot for overvåkning av elektroniske meldinger som mottas, og det arbeides med å opprette en overvåkning av applikasjonskvittering for utgående meldinger ved Arkivavdelingen

Elektronisk vurderingsvedlegg tas i bruk for å dokumentere prioritering av henvisninger. Ordningen knyttes opp mot pasientens journal.

### **2 Hvilke tiltak tenkes igangsatt i foretaket for å sikre bruk av prioriteringsveilederne i vurderingen og prioriteringen av pasientene?**

- prioriteringsveilederne er gjort tilgjengelige ved alle kliniske enheter fra høsten 2009 og framover i tid etter som de er ferdigstilt
- innføringen av elektroniske vurderingsvedlegg muliggjør å lage faste nedtrekksmenyer basert på prioriteringsveilederne
- det er i foretaksledelsen påpekt forskjeller i rettighetstildeling innenfor enkelte fagområder, og det er tatt initiativ til å klargjøre årsaker til slike forskjeller

### **3 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre implementering av ”Prosedyre for behandling av henvisninger” i hele organisasjonen?**

- Rundskriv IS-10/2009 fra Helsedirektoratet ble gjort tilgjengelig i alle kliniske enheter i september 2009
- Prosedyre for behandling av henvisninger er gjort kjent i et revidert utkast som ble utsendt til alle klinikker i november 2010 og januar 2011
- prosedyren er behandlet i Kvalitetsutvalget 9/2-11 og legges nå inn i EQS
- det er i januar 2011 utsendt en Power-point-presentasjon fra Helsedirektoratet, som samsvarer med den foretaksinterne prosedyren
- det er iverksatt opplæring i regelverket og rutiner for PAS-registrering til alt personell som arbeider med prioritering av henvisninger

**4 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre at alle avdelinger/klinikker overholder kravet i regelverket om informasjon til henvisende instans om resultatet av vurderingene av prioriteringen av henvisningen?**

- prosedyren for behandling av henvisninger med tilhørende brevrutine gir klare føringer for tilbakemelding
- det etableres en egen funksjon som "inntakskordinator" ved alle kliniske enheter, som får ansvar for å påse at arbeidsprosessene samsvarer med fastlagt inntaksprosess
- innføringen av elektroniske adresseregistre (HER-id) i Norsk Helsenett og oppdatering av disse er en viktig forutsetning for å sikre tilbakemelding til fastlegene

**5 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for implementering av nye brevmalers på området, oversendt fra RHF ved brev av 16.06.2010?**

- Helseforetaket har fra tidligere i sitt kvalitetssystem et sett av brevmalers som nå er justert, se pkt. 3.
- Det er iverksatt eget prosjekt for standardisering av registrering og dokumentering
- Det er foretatt en harmonisering av brevmalene. Disse ble behandlet i Kvalitetsutvalget 09.02 hvor synspunkter fra brukerrepresentantene blir innarbeidet i brevmalene

**6 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre at personell som håndterer henvisninger får nødvendig opplæring og oppdatering i bruk av elektroniske systemer, regelverk, veiledere og lignende?**

- Det ble fra oktober 2010 opprettet en veilederfunksjon for behandling av pasientopplysninger i PAS-systemet. Stillingen er tidsbegrenset fram til 15/4-2011, men det vurderes behov for å videreføre ordningen som en permanent oppgave knyttet til opplæring, kvalitetssikring av registreringen og rydderutiner
- Fagavdelingens medarbeidere har hatt og vil fortsatt ha ansvar for regelmessig opplæring og internrevisjoner i forbindelse med prosedyrer knyttet til mottak, prioritering og svar på henvisninger

**7 Hvilke øvrige tiltak i tillegg til punkt 6, tenkes iverksatt for å sikre gode styringsdata i ventelister?**

- Riktig prioritering og riktig registrering i PAS-systemet er en vesentlig forutsetning for å oppnå pålitelige styringsdata. Svar på disse utfordringene er allerede gitt i punktene 2, 3, og 6

**8 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre at BUP Namsos og Levanger etterlever kravet i regelverket om maks 65 dager ventetid for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet?**

Utover 2010 satte avdelingen inn flere tiltak rettet mot ventetid og fristbrudd. Dette kan oppsummeres i 6 hovedpunkter.

1. Etablering av oppstarts/Avklaringsteam
  - a. Alle seksjoner/team etablerte høsten 2010 ordninger hvor alle pasienter skulle møtes raskt og innen fristen. Utfordringen er allikevel å følge opp pasienten og i tilstrekkelig grad avslutte saker som allerede er i systemet. Tiltaket hadde stor effekt utover høsten, men november og desember hadde mange henvisninger og mange sykemeldinger.

2. Forbedret struktur og pasientflyt.
  - a. Her er det gjennomført flere store og små tiltak i alle seksjoner/team
  - b. Fokus videre
    - i. Utrednings/behandlingsplaner i alle saker.
    - ii. Struktur teammøter
3. Avklaring roller, ansvar og oppgaver
  - a. Avdelingen har jobbet med roller og ansvar og vil følge opp dette i 2011. Det handler om hvem som skal ta avgjørelser i saker og om å utnytte tverrfagligheten bedre.
4. Sikre ressurser. Fylle opp vakanser
  - a. Selv om avdelingen tilsatte 20 nye personer både i 2009 og i 2010 har ikke antall ansatte økt vesentlig. Økt fokus videre må også være å beholde.
  - b. Antall leger og psykologer har økt noe siste 2 år.
5. Utvidet arbeidstid for leger/psykologer
  - a. Tiltaket er fortsatt under utforming og er ment til å ta "topper"
  - b. HF har i 2011 utarbeidet avtaler som grunnlag for tiltaket
6. Økt aktivitet.
  - a. Avdelingen har økt poliklinisk aktivitet med over 1000 konsultasjoner fra 2009 til 2010. Det er forventet ytterligere økning i 2011 knyttet til økte ressurser
  - b. Antall innleggelser har også økt. Det er lite sannsynlig at den kan økes videre innenfor dagens rammer.

**9 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å sikre rettighetspasienter helsehjelp innen forsvarlig tid dersom behandlingsfristen brytes?**

Se pkt. 2, 3 og 6

**10 Hvilke tiltak tenkes igangsatt for å hindre framtidige fristbrudd?**

Se pkt. 2, 3 og 6

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 12/2011 Orienteringssaker

---

|                                    |                 |                       |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Saken behandles i:</b>          | <b>Møtedato</b> | <b>Møtesaksnummer</b> |
| Styret for Helse Nord-Trøndelag HF | 15.02.11        | 12/2011               |

**Saksbeh:**

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/428

---

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

**SAKSUTREDNING:**

**Sak 12/2011 Orienteringssaker**

**VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 21.01.11 og 03.02.11
2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 10.02.11
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 14.02.11
4. Driftrapport for januar 2011
5. Strategi 2020 – Delprosjekt: Fordeling av elektiv kirurgi i Helse Midt-Norge
6. Kreftbehandling i Helse Nord-Trøndelag. Status og pasientopplevd kvalitet
7. Andre orienteringer

## **HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL**

Møtetid 21.01.11 kl. 11.30 – 12.30

Møtested: Telefonmøte

Saksnr.: 18/11

Arkivsaksnr.: 11/11

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Asmund S. Kristoffersen

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Jan Magne Dahle

Ellen Marie Wøhni

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Ivar Gotaas

Joar Olav Grøtting

Merethe Storødegård

Forfall:

Perny-Ann Nilsen

Regionalt brukerutvalg:

Elin Gulvåg

Asbjørn Gausdal

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

Prosjektleder Lars Magnussen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 20.01.11. Sakspapirer ble samme dag lagt ut i styreadministrasjonen.

Etter at sakspapirer ble lagt fram mottok administrasjonen og styremedlemmer brev fra Molde kommune vedr. sak 18/11 Tilbud fra Molde kommune og GassROR IKS vedr. finansiering av nytt sykehus i Molde, datert 20.01.11. Dette ble lagt ut i styreadministrasjonen 21.01.11 som referatsak.

Det var ingen kommentarer til innkallingen.

---

## Sak 18/11 Tilbud fra Molde kommune og GassROR IKS vedr. finansiering av nytt sykehus i Molde

---

### Forslag til vedtak:

1. For å kunne realisere nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er det nødvendig å se investeringen i forhold til Helse Midt-Norges økonomiske bærekraft og langtidsplan. Tilbudet fra Molde kommune og GassROR IKS vurderes ikke å være realiserbart innenfor eksisterende drifts- og investeringsrammer.
2. Låneopptak til investeringsformål må foretas innenfor de prosedyrer og regler som er gitt av departementet i ”Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene”. Foreliggende forslag er ikke i tråd med Helse Midt-Norges gjeldende vedtekter og instruks for låneopptak.

### Protokoll

Styremedlem Merethe Storødegård fremmet følgende alternative forslag

*Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir sende saken over til Helse Nordmøre og Romsdal HF for videre behandling*

Styreleder Kolbjørn Almlid fremmet forslag om tilleggspunkt til det alternative forslaget

*Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir bidra med avklaring av juridiske spørsmål*

Adm. dir trakk sitt forslag.

Det ble votert punktvis over alternative forslag. Begge punkt ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

### Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir sende saken over til Helse Nordmøre og Romsdal HF for videre behandling
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir bidra med avklaring av juridiske spørsmål

Stjørdal 03.02.11

*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*

## **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 prehospital 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 prehospital 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*

*Bjørge Henriksen*

# **SAMARBEIDSUTVALGET**

## **HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

### **MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 10.02.11 kl. 10.00 – 14.30  
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer  
Saksnr.: 01/2011 - 10/2011  
Arkivsaksnr: 2011/206

Møteleder: Hege Sørle

Møtende medlemmer:

Hege Sørle, rådmann Namsos

Arne Flaata, administrerende direktør (møtte fra behandling av sak 03/2011)

Torgeir Schmidt-Melbye, kommunelege i Leksvik

Håkon Kolstrøm, pleie- og omsorgsleder Grong kommune

John Ivar Toft, klinikkleder

Hilde Ranheim, klinikkleder (møtte fra behandling av sak 03/2011)

Øystein Sende, klinikkleder

Torgeir Skevik, repr. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Åshild Nymo, leder Namdal Rehabilitering IKS

Forfall:

Arne Ketil Auran

Dagfinn Thorsvik

Tomas I. Hallem

Møtende varamedlem:

Roar Pedersen

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:

Tone Haugan Skrove har trådt ut av utvalget, og varamedlem Håkon Kolstrøm møter heretter som hovedmedlem inntil nytt medlem er utnevnt.

Det ble følgende endring i behandlingen av sakene:

Sak 03/2011 ble behandlet etter sak 01/2011.

Sak 09/2011 ble behandlet etter sak 02/2011

Ny revidert sakliste utdelt i møtet.

Innkalling utsendt pr. e-post 25.01.11

Saksframlegg publisert på internettløsningen for styreadministrasjon.

# **SAMARBEIDSUTVALGET**

## **HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

### **MØTEPROTOKOLL**

#### **Sak 01/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 09.12.10**

**Protokoll:**

Det ble vist til protokollen.

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes.

---

#### **Sak 02/2011 Orienteringer fra leder i samarbeidsutvalget og adm. dir. HNT**

**Protokoll:**

Leder i Samarbeidsutvalget Hege Sørli orienterte om:

- Samhandlingskonferansen 28. januar
- Utlyst stilling som samhandlingskoordinator i KS
- Utlysning av lederstillinger til ulike prosjekt/underprosjekt i kommuner/kommuneregioner
- Utfordringer mht. organisering av samhandling i kommunene
- Utlysning og ansettelse i trainee-stilling. Et samarbeidsprosjekt mellom kommuner, foretak og andre aktører. Stillingen knyttes geografisk til Sykehuset Namsos og organisatorisk til samhandlingssjefen i Helse Nord-Trøndelag.

Administrerende direktør Arne Flaatt orienterte om:

- Åpning av ny rusenhet i Helse Nord-Trøndelag
- Foretaksmøtet med Helse Midt-Norge 08.02.11 og gjorde rede for krav som stilles til Helse Nord-Trøndelag.
- Avslutning av regnskap for 2010.
- Strategi 2020 – Delprosjekt: Prosjektet Elektiv kirurgi i Helse Midt-Norge
- At Helse Nord-Trøndelag har nådd målet om ingen registrerte fristbrudd
- 

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering

---

#### **Sak 03/2011 Status oppfølging handlingsplanen (felles strategi) og prioritering av tiltak 2011**

**Protokoll:**

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås redegjorde for oppfølging av handlingsplanen "Felles strategi for samhandling", og gjennomgikk status pr. januar 2011 på:

- Hva er gjennomført
- Hvilke tiltak er planlagt
- Utfordringer i 2011

# **SAMARBEIDSUTVALGET**

## **HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

### **MØTEPROTOKOLL**

Samhandlingssjefen refererte fra arbeidsseminaret for samhandlingskoordinatorer på Stiklestad 27. januar med hovedtema for samlingen: Rekruttering og kompetanse.

#### **Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering og ber samhandlingssjefen videreføre arbeidet med å gjennomføre handlingsplan 2011. Andre tiltak/prosjekter må løpende vurderes i forhold til hastegrad og kapasitet.

Samarbeidsutvalget holdes løpende orientert.

---

#### **Sak 04/2011 Kort orientering om Familieambulatoriet**

##### **Protokoll:**

Saken utgår

---

#### **Sak 05/2011 Status planer og tiltak fra ”kommuneregion Ytre Namdal”**

##### **Protokoll:**

Prosjektleder Roger Norheim Pedersen orienterte om utfordringer for samhandling av helsetjenester i kommuneregionen Ytre Namdal (Leka, Vikna, Nærøy og Bindal kommuner). Han gjennomgikk mandatet for prosjektet og status på planlagte og igangsatte tiltak.

Prosjektets leder hadde også et framlegg på betydningen av de prehospitale tjenester for denne regionen.

Presentasjonen vil bli lagt ut på styreadministrasjonen.

##### **Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

---

#### **Sak 06/2011 Beslutning knyttet til nytt gjennomgående pasientforløp med oppstart høsten 2011**

##### **Innstilling/tilråding:**

Samarbeidsutvalget foreslår med bakgrunn i saksutredningen, at nytt gjennomgående pasientforløp i Nord-Trøndelag fra høsten 2011, knyttes til pasientgruppen med lungesykdommen KOLS

# **SAMARBEIDSUTVALGET**

## **HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

### **MØTEPROTOKOLL**

#### **Protokoll:**

Leder for samhandling Kari Bratland Totsås redegjorde for saken.

#### **Vedtak:**

Samarbeidsutvalget vedtar innstillingen/tilrådingen enstemmig.

Helse Nord-Trøndelag får i oppdrag å planlegge den videre framdrift i samhandling med aktuelle kommuner/kommuneregioner

---

#### **Sak 07/2011 IKT- status. Meldingsløftet – status framdrift.**

**Hvilke utfordringer gir framdrift/ status i forhold til oppfølging av samhandlingsstrategien?**

#### **Protokoll:**

IT-sjef Helge Gundersen orienterte prosjektet ”Meldingsløftet” og status i forhold til oppfølgingen av samhandlingsstrategien.

Han pekte spesielt på tekniske og organisatoriske utfordringer som må løses og lovkrav som må oppfylles før samhandling av helsetjenester kan skje elektronisk.

Presentasjonen vil bli lagt ut på styreadministrasjonen.

#### **Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering og ber om å bli løpende orientert om videre framdrift.

---

#### **Sak 08/2011 Orienteringssaker:**

#### **Protokoll:**

**- Årsrapport avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen**

Årsrapporten ble utdelt i møtet.

Helsefaglig rådgiver Øivind Stenvik oppsummerte kort fra rapporten, årsak til meldt avvik og antall avvik for 2010 fra kommune/rehab.institusjoner til sykehus, og fra sykehus til kommune.

**- Endring av møtedato i april**

Forslag om endring av møtedato fra torsdag 7. april til torsdag 31. mars

# **SAMARBEIDSUTVALGET**

## **HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

### **MØTEPROTOKOLL**

#### **Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.  
Neste møte i Samarbeidsutvalget er torsdag 31. mars

---

#### **Sak 09/2011 Direktøren i Helse Nord-Trøndelag orienterer om Prehospital plan og videre prosess**

##### **Protokoll:**

Adm.dir. Arne Flaatt orienterte om høringsprosessen for revisjon av planen, og redegjorde for spørsmål som er stilt av styret i Helse Midt-Norge. Saken behandles foreløpig i styret i Helse Nord-Trøndelag 15. februar, og endelig behandling skjer i styremøte i mars. Frist for høringsuttalelse er 25. mars.

#### **Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering og gir sin tilslutning til den videre prosessen i Helse Nord-Trøndelag. Samarbeidsutvalget anmoder kommunene om å komme med egen høringsuttalelse.

---

#### **Sak 10/2011 Eventuelt**

##### **Protokoll:**

Ingen saker

Hege Sørli

Arne Flaatt

Hilde Ranheim

Torgeir Schmidt-Melbye

Håkon Kolstrøm

Øivind Stenvik

John Ivar Toft

Øystein Sende

Roar Pedersen

Åshild Nymo

Torgeir Skevik